FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 — Numéro : 104

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

MONSIEUR GOMINET PIERRE

né le 24 Mai 1935, à MONTLUÇON (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 12 Février 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ASSISTANCE DES MALADES MENTAUX EN PLACEMENT FAMILIAL

Président : Monsieur J. DELAY, Professeur

1962

GRANDE IMPRIMERIE NOUVELLE

11-13, Avenue Marx-Dormoy - MONTLUÇON (Allier)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962 Numéro :

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

MONSIEUR GOMINET PIERRE

né le 24 Mai 1935, à MONTLUÇON (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 12 Février 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ASSISTANCE DES MALADES MENTAUX EN PLACEMENT FAMILIAL

Président : Monsieur J. DELAY, Professeur

1962

GRANDE IMPRIMERIE NOUVELLE

11-13, Avenue Marx-Dormoy - MONTLUÇON (Allier)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN ..... **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... **Jean VERNE.**

I. - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		DELMAS (A.)
Anatomie pathologique		DELARUE (J.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
» »	(Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
» »	(Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
» »	(Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales ...	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	N.
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
	Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Mal.)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE-D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphiliques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		N.
Cliniques médicales	Boucicaut	LENEGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)

	MM.
Cliniques obstétricales .... Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof[r] à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÉZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof[r] à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof[r] à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof[r] à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.
	BUSSER (F.)
	GOUYGOU (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch.
	POLONOSKI J. m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)

	MM.
Dermato - Syphiligraphie.	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	GOUJARD (P.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER J. pr. s. ch. CORRE-HURST Mme L.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT L. pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstrétique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT J.
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto - rhino - Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

	MM.
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE M. BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE P., m conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT H pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie - Puériculture	JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICOMACCI P. POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT L., m. conf. pr. s. ch. KELLERSHOHN
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT Mme A. m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE A. pr. s. cb. HUGUIER (J.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES de COURS d'HYGIENE SCOLAIRE et UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

dont le dévouement et les sacrifices ont permis ce travail.

A MA FEMME

avec toute ma tendresse.

A MON FILS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. DELAY

Professeur Titulaire de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie Française
Commandeur de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. PICHOT

Chevalier de la Santé Publique

A Messieurs les Membres de notre Jury de Thèse

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de PARIS

A mes Maîtres de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de CLERMONT-FERRAND

A Monsieur le Docteur Pierre BONVALET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Madame le Docteur M. BONVALET-ACHARD

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

En remerciement pour leur bienveillance à notre égard et les conseils qu'ils nous ont prodigués.

Qu'ils trouvent ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur G. LECOMTE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur P. LOO

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Licencié en Droit

qui, durant notre Internat dans leurs Services, nous ont apporté un enseignement dynamique et le précieux concours de leur expérience.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur J.-Y. ACHALLE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

INTRODUCTION

Cinq siècles avant notre ère, HIPPOCRATE affirme que le « Mal Sacré » a, comme toute autre maladie, une cause naturelle ; les Anciens l'ont pourtant considéré comme un maléfice et pendant longtemps le malade mental resta isolé, rejeté par tous — souvent même par sa famille —, abandonné à lui-même ou reclus dans un cachot. Quelques institutions privées lui ouvrirent peu à peu leurs portes, mais il fallut attendre le milieu du XIX^e^ siècle pour que, la Société s'organisant et la médecine devenant plus efficace, des mesures appropriées — tant médicales que sociales — fussent prises.

En France, la Loi de 1838 concrétise la première grande mesure en faveur des psychopathes. Cependant « l'internement constitue avant tout une mesure de sécurité devant l'aliénation, concept juridique et social » (1). La véritable lutte contre ce fléau que représente les maladies mentales ne devint efficace qu'à partir du moment où le problème fut envisagé dans son ensemble : Prévention, Traitement, Réadaptation et Assistance doivent en effet — chacun dans son domaine respectif et suivant son importance — disposer de moyens appropriés car nombreux sont les facteurs tant économiques que sociaux qui agissent concurremment sur un terrain psychopathologique donné.

D'autre part, les découvertes scientifiques modernes et les immenses progrès thérapeutiques de ces dernières années ont complètement modifié l'aspect et l'évolution des maladies mentales. C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'étudier, compte tenu de ces données nouvelles, la place qu'il faut accorder à l'heure actuelle au Placement Familial des Psychopathes ; sous ce terme « il faut entendre le système qui consiste, de façon générale, à confier des malades mentaux à une famille étrangère (à la leur) pour qu'ils en partagent désormais la vie, tout en restant sous surveillance médicale active ». Réalisé en différents pays par des médecins de formations diverses, le Placement Familial revêtira par la suite des modalités d'application variées (type dense, type disséminé, type périhospitalier).

Nous envisagerons successivement l'historique, la réalisation du Placement Familial Assisté en France et tous les problèmes qu'il soulève, en prenant pour exemple la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château (Allier) réservée aux hommes. Nous exposerons brièvement les diverses modalités d'application et d'organisation de cette forme d'assistance dans les pays étrangers et nous dégagerons ensuite comment il est possible de concevoir actuellement ce système dans un cadre général et quelle valeur nous pouvons lui accorder.

(1) Vié.

HISTORIQUE DU PLACEMENT FAMILIAL

Le Placement hétérofamilial représente une pratique fort ancienne et son historique se confond en partie avec celui de l'Assistance. Son origine peut se retrouver dans de vieilles traditions populaires et religieuses. Longtemps ceux que l'on considérait comme atteints de « folie démoniaque » subirent le supplice du bûcher et de la décapitation. Plus heureux peut-être fut le sort de ceux dont le fait d'être la risée publique leur conserva la vie bien que parfois emprisonnés et enchaînés. Les mœurs devenant moins primitives, quelques esprits éclairés soutenus par des membres influents du clergé s'élevèrent contre des coutumes aussi barbares : Les Frères de l'Ordre militaire de la Merci créent à Valence, en 1409, le premier asile d'Europe ; en 1463, les Frères Saint-Jean-de-Dieu ouvrent l'Asile de Charenton. Mais même dans ces asiles le « traitement » des malades mentaux reste empirique avec, à sa base, la contrainte, les entraves et les sévices. En France, la première mesure à caractère législatif fut prise par le Parlement de Paris qui créa le 7 septembre 1660 une Section pour les « fous » à l'Hôtel-Dieu. Des mesures similaires furent prises en faveur des malades mentaux par CHIARUGI (1788) à Florence, FRICKE (1793) en Allemagne, TUKE (1790) en Angleterre.

Parallèlement et dès le VI[e] siècle, des pèlerinages s'organisent au cours desquels et grâce à l'intercession de Saints ou de leurs reliques, la « folie » est chassée de l'esprit du possédé ; on retrouve des traces témoignant de ces faits au Sanctuaire de Saint-Nazaire à Ablain, Saint-Acaire à Haspres, Saint-Hermés à Renaix, Saint-Florentin à Bonnet (Meuse), Saint-Dizier près de Delle, Saint-Mathurin à Larchant près de Nemours, Saint-Hildevert-de-Gournay en Normandie, au monastère de Bertaut-de-Chaumont, à Château-Porcien, et à Saint-Menoux dans l'Allier. Dans chacun de ces lieux sacrés s'organisent alors des pèlerinages, des neuvaines, pendant lesquels — sous l'influence de moines irlandais descendants des Druides convertis au catholicisme — divers exorcismes et rituels inspirés des anciennes traditions populaires celtiques sont pratiqués pour permettre à ceux qui sont venus là implorer l'intervention divine de retrouver au cours des cérémonies religieuses la santé de l'esprit. Tous ces rituels de valeur mystique (imposition de reliques, immersion dans l'eau sacrée, rites de « passage ») préfigurent en tant que symboles la résurrection, la régénération de l'âme. Durant la neuvaine, le malade se prête aux différents cérémonials entre lesquels il est gardé dans une cellule attenante à la chapelle ; la

neuvaine terminée, il repart dans son pays d'origine ou bien s'installe chez des habitants du pays en attendant la neuvaine suivante ; ainsi s'établit le principe du placement familial du malade mental. Il est un lieu où la tradition s'incrusta si fortement qu'elle n'eût plus tard qu'à être officialisée pour que naisse spontanément une Colonie Familiale pour malades mentaux : tel est le cas de GEEL, en Belgique.

A la fin du VI[e] siècle, une princesse irlandaise, DIMPHNA, se réfugia à GEEL avec son confesseur Gereberne pour échapper aux propositions incestueuses de son père. Ce dernier les rejoignit et, dans sa fureur, les décapita de sa propre main. Des guérisons étonnantes obtenues au tombeau de la vierge martyre consacrèrent son renom et, ainsi que l'atteste un manuscrit de 1247, de « nombreux malheureux troublés de la raison vinrent y prier ». La renommée de tels faits fut même si grande qu'au X[e] siècle, les restes de Sainte Dimphna furent ramenés à GEEL, installés dans une châsse et une basilique fut élevée à sa mémoire. La même légende de guérisons miraculeuses s'établit à Sonsbeck en Rhénanie autour des restes de Saint Gereberne mais ne connut pas la même fortune. GEEL devint lieu de pèlerinage ; les malades logeaient dans une dépendance de l'église : la « sicken kamer » ou chambre des malades qui devint rapidement insuffisante en raison du nombre toujours croissant de pèlerins ; il fallut leur chercher un gîte en dehors de l'église et on s'adressa tout naturellement à la population geeloise qui s'accoutuma au contact des malades mentaux. Au cours des siècles cette pratique s'organisa et s'étendit ; dès le XVII[e] siècle, les habitants de la plupart des hameaux environnant GEEL partageaient leur logis avec des aliénés ; des règlements (établis au XV[e] siècle par le banc échevinal de GEEL) prévenaient les abus qui auraient pu se produire : un chapitre de dix chanoines attaché à l'église de Sainte-Dymphna décidait du traitement religieux à l'église et du placement des malades. Lors de l'annexion des provinces belges par la France, l'administration napoléonienne ordonna le transfert des aliénés de Bruxelles à GEEL en 1814 et confia la surveillance des malades et des placements à la Commune.

En France, après que PINEL, en 1792, eût « fait tomber les chaînes », ESQUIROL, en 1821, visite GEEL. Il constate le bien-fondé du placement familial mais déplore l'absence d'un établissement de soins et d'une surveillance médicale active ; et les guérisons miraculeuses deviennent de plus en plus rarissimes. Tandis qu'en France (sous l'influence en particulier de FERRUS et d'ESQUIROL) est votée la loi du 30 juin 1838 qui base le traitement et l'assistance du malade mental sur le principe de l'asile, en Belgique, cette fois, et sous l'influence de GUISLAIN, est votée la loi de 1850 sur les aliénés ; conséquence de cette mesure : la Colonie de GEEL, devenue Colonie d'Etat en 1852, est rattachée au ministère de la Justice belge et un corps de médecins spécialistes est désigné pour surveiller les

placements. En 1862, une infirmerie est construite pour l'observation des malades entrants et le traitement des cas aigus. L'exemple de GEEL sera en France à la source de toute une série de discussions passionnées pendant plus de quinze ans à la Société médico-psychologique. A partir de 1842, nombreux seront les psychiatres qui visiteront GEEL ; MOREAU DE TOUR en indique la valeur thérapeutique, économique et humanitaire ; MOREL, BRIERE DE BOIMONT n'en rapportent que des critiques de détail ; FERRUS s'élève contre ce système : « Pour des aliénés, traitement et liberté ne peuvent aller ensemble ». Une commission est nommée par la Société médico-psychologique ; FALRET, rapporteur, concluera que les deux systèmes, colonie et asile, peuvent s'allier mais pose le problème de savoir s'il faut accorder la primauté à l'asile ou à la colonie. La « RIJSKOLONY » (Colonie d'Etat) de GEEL donnait cependant toute satisfaction et le nombre des malades en placement passait de 400 en 1789 à 700 en 1846, puis 1.000 en 1876.

Cet historique serait incomplet sans l'évocation de la légende qui s'établit autour des restes de Saint-Dizier, évêque de Rodez : des guérisons miraculeuses se seraient produites à Saint-Dizier, dans les Vosges ; des pèlerinages eurent lieu pendant lesquels le curé, après interrogatoire du malade, désignait une famille pouvant l'héberger. En 1845 un médecin, le Dr MUSTON, trouvant ce procédé abusif, protesta auprès des autorités judiciaires qui mirent brutalement fin à cette pratique.

Au Congrès médical de France, à LYON, en 1864, on s'interrogea sur « la possibilité et la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles et de les placer soit dans leur propre famille, soit dans des exploitations agricoles » ; le « cas » de GEEL est à nouveau cité et défendu par ARTHAUD et MOREL ; ce dernier tente sans grand succès le placement de quelques malades au village de Saint-Aubin, près de Rouen. A la même époque, le Conseil général du département des Vosges trouvant la charge de ses malades hospitalisés dans les hôpitaux départementaux trop élevées, décide de confier une centaine de malades soit chez des parents, soit chez des particuliers ; mais la guerre de 1870 mit un terme à cet essai. Un philantrope, le Dr BARON MUNDY DE MORAVIE, dévoué à la cause des aliénés, parcourt l'Europe et répand le bien-fondé de la cure en placement familial. Des tentatives souvent couronnées de succès ont lieu, notamment en Ecosse, sous la forme de placement familial disséminé. L'Exposition internationale de Paris de 1867 comporte même le plan d'un projet de Colonie-Village. En 1869, le baron HAUSSMANN soumet au Conseil Général de la Seine un projet de création d'une Colonie pour aliénés chroniques, projet qui reviendra à l'étude en 1884 à la suite du rapport de Théophile ROUSSEL, rapporteur au Sénat de la Commission de réforme de la loi de 1838. Plusieurs conseillers généraux visitent alors GEEL sous la conduite du Dr BOUCHEREAU. Le Dr MARIE, premier prix de la Médaille

d'Or des Internes de la Seine, alors médecin de l'hôpital psychiatrique d'Evreux, est chargé en 1890 par le Conseil Général de la Seine de faire un voyage d'information en Belgique et en Ecosse en vue d'étudier les colonies familiales pour malades mentaux ; il se verra ensuite confier la direction et l'organisation de la première tentative de colonie familiale en France, à DUN-sur-AURON (Cher), après que LOUBET, ministre de l'Intérieur, eût donné en 1891 l'autorisation d'une telle création. Au XIX^{e} siècle, le nombre des malades internés se limitait aux agités et grands « antisociaux ». Dans certaines contrées (notamment en Ecosse) le nombre des malades mentaux assistés dans leur propre famille ou dans une famille amie était si élevé qu'avant même qu'on légiférat à son sujet, le placement familial était réalisé ; on ne fit donc que le réglementer et l'organiser sur une base médicale.

LE PLACEMENT FAMILIAL EN FRANCE

Type : La Colonie Familiale de la Préfecture de la Seine d'Ainay-le-Château (Allier) (placement pour hommes)

Les deux colonies du département de la Seine, seules réalisations pratiques du Placement familial en France, sont situées dans une région essentiellement rurale. La première tentative à laquelle le nom du Docteur MARIE reste intimement lié fut faite à DUN-sur-AURON (Cher) où en 1892 cent malades déments préséniles furent envoyés des Asiles de la Seine pour être placés dans les familles qui s'étaient proposées de les recevoir. Huit années d'expérience ayant prouvé que ce mode d'assistance était réalisable en France, on décida que l'une des annexes de DUN-sur-AURON située à AINAY-le-CHATEAU (Allier) deviendrait le 1er juin 1900, sous la direction du Docteur LWOFF, un centre autonome identique à celui de DUN mais réservé aux malades hommes. Basées sur le même principe, les deux Colonies possèdent la même organisation d'ensemble.

*
* *

Le centre médico-administratif situé dans la localité même d'AINAY-le-CHATEAU joue un rôle primordial dans l'organisation de la Colonie. Il est le siège de la résidence du médecin-directeur, du médecin-chef, des médecins-assistants, de l'économe et du surveillant gnéral ; il comprend les bureaux des services administratifs et généraux, la lingerie, la cordonnerie, les garages. Un important service automobile permet la liaison rapide entre le Centre d'une part, les Annexes et les placements d'autre part. Un pavillon hospitalier moderne de 65 lits, avec parc, complète l'ensemble.

Pour un effectif de 1.200 malades, les services médicaux sont assurés par un médecin-directeur, un médecin-chef, trois médecins-assistants chacun responsable d'un secteur, un surveillant général, un surveillant de pavillon assisté de 18 infirmiers, 11 infirmiers-visiteurs de placements chargés de la surveillance des placements et des malades qui s'y trouvent, un manipulateur radio, une laborantine, une préposée à la pharmacie et une assistante sociale.

Les postes des services administratifs et généraux sont occupés par un Econome, un Secrétaire de Direction, six employés aux écritures et vingt employés d'Etat (cordonniers, coiffeur, jardiniers,

menuisier, conducteurs auto, lingères, etc...), sous la direction du médecin-directeur. L'organisation médicale est basée sur le Pavillon hospitalier et la consultation tant au Centre qu'aux Annexes ; le rôle du Pavillon est fondamental ; ses diverses fonctions peuvent être groupées sous quatre rubriques :

— Observation, examens clinique et paraclinique complets de chaque malade admis au Pavillon en attendant son placement dans une famille choisie en fonction d'aptitudes réciproques.

— Traitement des pensionnaires présentant une affection intercurrente ou un épisode psychopathique aigu paroxystique ne nécessitant qu'une hospitalisation temporaire.

— Rôle dit « de subsistance » pour les pensionnaires qui, pour diverses raisons, doivent être changés de placement ou dont le nourricier est momentanément absent.

— Mais à côté de ce fonctionnement normal, spécifique en quelque sorte, de la Colonie Familiale, l'infirmerie reçoit également les malades impotents et ceux dont l'adaptation en placement familial n'est pas ou n'est plus possible, dans l'attente de leur transfert en service fermé.

Le rôle du Pavillon est donc essentiellement médical ; s'y trouvent adjoints : une pharmacie, un laboratoire d'analyse, une salle d'électroradiologie et d'électroencéphalographie, ainsi qu'un cabinet dentaire.

Les placements étant distants parfois de plus de 20 kilomètres du Centre de la Colonie, ce vaste territoire a dû être divisé en trois secteurs : l'un directement rattaché au Centre, les deux autres à une Annexe. Chaque Annexe où loge de façon permanente un infirmier-visiteur comporte certains locaux semblables à ceux du Centre : lingerie, salle de douches, salon de coiffure, salle de réunion pour malades, sorte de club avec télévision, jeux de société, et un cabinet de consultation où chaque malade peut venir spontanément ou sur convocation et de façon régulière.

Quelques ateliers d'ergothérapie tels qu'imprimerie, relieure, pyrogravure, dessin, peinture, ateliers de raphia et de rotin ont été organisés au Centre de la Colonie ; cependant le nombre de malades qui y sont employés, ajouté à ceux qui aident aux services généraux (jardin, cuisine, cordonnerie, menuiserie, etc...) reste négligeable proportionnellement au nombre de malades en placements.

Un cours du soir de perfectionnement scolaire prépare au Certificat d'études primaires pour adultes. Une équipe de football, une chorale, une bibliothèque, la rédaction du journal « L'Echo d'Ainay-le-Château » attirent au Centre un certain nombre de malades : cependant, pour la grande majorité d'entre eux, la vie se déroule hors du Centre, chez l'habitant.

Les 1.200 pensionnaires de la Colonie sont répartis sur 10 communes autour d'Ainay-le-Château, dans 600 placements. Après quelques jours d'observation médicale au Pavillon, le malade, pourvu d'un trousseau neuf, est installé dans sa famille « nourricière ». Les habitants du pays posent leur candidature pour devenir « nourriciers » ; on exige d'eux certaines qualités morales et que la chambre réservée au futur pensionnaire soit conforme aux normes établies ; un médecin et un infirmier-visiteur se rendent sur place pour juger de l'éventuelle ouverture du placement offert. La décision est prise ensuite par le médecin-directeur qui remet au nourricier un livret sur lequel les infirmiers-visiteurs notent la date de leur passage (tous les huit à dix jours, régulièrement) et leurs observations ; le médecin de Colonie Familiale lui-même consacre une partie de son activité à se rendre compte sur place de l'ambiance qui règne dans les placements de son secteur (tenue, confort, qualité des repas, entretien du malade, comportement du malade à l'égard de ses « nourriciers » et vice-versa) en même temps qu'il suit l'évolution de l'état mental du pensionnaire. L'infirmier-visiteur surveille de très près le malade et insiste auprès des nourriciers pour qu'ils s'assurent que leur pensionnaire prend très régulièrement les médicaments qui lui ont été prescrits ; au moindre incident, il prévient l'Annexe la plus proche ou le Centre. L'allocation remise chaque mois au nourricier pour l'entretien des malades est fonction non seulement de la qualité mobilière et du confort de la chambre, de la quantité et de la qualité de la nourriture, mais aussi de l'attitude du nourricier envers son pensionnaire, de l'intérêt qu'il lui porte, de l'occupation qu'il lui donne et de la façon dont il le rémunère ; Cette allocation est fixée par le médecin-directeur ; actuellement elle varie entre 5,80 NF et 6,70 NF par jour.

Les pensionnaires sont tenus de se présenter régulièrement aux séances de douches et de coiffure ; on leur remet chaque mois les produits nécessaires à leur toilette et une ration de tabac ; à intervalles réguliers, le linge et les chaussures sont vérifiés pour être, le cas échéant, réparés ou remplacés par les services intéressés.

Tous les quinze jours, une réunion de synthèse groupe, sous la présidence des médecin-directeur et médecin-chef, les médecins-assistants, le surveillant général, les infirmiers-visiteurs, l'assistante sociale et une secrétaire ; ces séances d'information et de coordination permettent d'étudier tous les problèmes afférents aux placements (incidents, changements, ouverture, fermeture des placements douteux, etc...) et à l'état de santé des pensionnaires (traitements à revoir, conduite à tenir devant certains comportements, sorties à prévoir, emplois à chercher, liaisons avec les familles, etc...) ; une décision concertée est prise pour chaque cas particulier.

Régime administratif. — Régime légal. — Responsabilités.

Etablissement du département de la Seine. Le Personnel dépend du Bureau de l'Hygiène Sociale de la Préfecture de la Seine. Les employés des services généraux sont ouvriers d'Etat ou préposés. Les infirmiers sont tous diplômés des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Les médecins-assistants sont nommés par le Préfet de la Seine sur proposition du médecin-directeur. Le médecin-chef et le médecin-directeur, qui sont pris dans le cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques sont nommés par le Ministre qui les met à la disposition du Préfet de la Seine. Le budget établi par le Directeur est présenté par le Bureau de l'Hygiène Sociale au Conseil Général de la Seine qui le vote.

Le principe du placement familial des malades mentaux n'étant pas envisagé dans le cadre de la loi du 30 juin 1838, les premiers malades admis en Colonie familiale après que LOUBET, ministre, eût donné autorisation d'une telle création, l'étaient avec leur bulletin de sortie des hôpitaux psychiatriques. Cette situation ne manqua pas de soulever rapidement d'énormes difficultés (problème de la capacité civile des malades, problème de la gestion de leurs biens, etc...). C'est pourquoi une décision ministérielle du 28 février 1896 assimila la Colonie Familiale à un asile public. De ce fait, les malades qui y sont placés tombent sous le coup de la loi de 1838. Tous les différents projets portant modifications de cette loi de 1838 comportent un paragraphe reconnaissant une existence légale aux colonies familiales ; en fait, jusqu'à ce jour, les Colonies, créées par simple lettre ministérielle, paraissent fonctionner en marge de la loi, cette dernière ne prévoyant pas la mise en liberté hors de l'hôpital des malades placés sous couvert de l'internement (placement d'office et placement volontaire). Du fait de l'assimilation de la Colonie familiale à un hôpital psychiatrique, les dispositions de la loi de 1938 sont intégralement appliquées en ce qui concerne les formalités d'entrée et de sortie, la tenue du registre de la loi, les visites des diverses autorités, etc... La gestion des Biens des malades est assurée par un Administrateur des Biens, commun à tous les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Du fait de leur situation particulière, les Colonies familiales dépendent de trois préfets :

— Le Préfet de la Seine dont la compétence est d'ordre administratif et budgétaire ;

— Le Préfet de Police qui prend la décision du placement d'office et du transfert de certains malades ; il doit être averti de leur sortie et de tout incident grave qui pourrait survenir pendant leur internement ;

— Le Préfet de l'Allier, qui contrôle les entrées et décide du maintien ou de la sortie des malades sur le vu des différents certificats. C'est lui également qui accorde les permissions, les congés de travail, les sorties d'essai.

Le développement de la Colonie familiale est également tributaire de l'accord de diverses collectivités locales (communes, Conseil Général, etc...). La Colonie familiale reçoit essentiellement les malades ayant leur domicile de secours de la Seine. La plupart des entrées ont lieu par transfert à partir des hôpitaux psychiatriques de la Seine. (Placements volontaires et placements d'office).

Exceptionnellement, avec autorisation spéciale de la Direction de l'Hygiène Sociale et avis du Médecin-Directeur, elle peut en recevoir en provenance d'autres départements.

Un arrêté du 13 avril 1944, dont nous reproduisons ci-dessous les articles, fixe le règlement modèle applicable aux Colonies Familiales. (« Journal Officiel » du 4 juin 1944) :

Article premier. — Le Centre de placement familial d'Ainay-le-Château est un établissement d'assistance consacré au placement et au traitement hétéro-familial des aliénés et des psychopathes.

Art. 2. — Il est dirigé par un médecin appartenant au cadre des médecins des H.P.

Tous les services du Centre sont placés sous l'autorité de ce dernier qui est responsable de la bonne marche de l'établissement, réserve faite éventuellement des dispositions de l'article 3.

Art. 3. — Si l'importance de l'établissement le nécessite, le Centre peut être divisé en sections dirigées chacune par un médecin-chef du cadre des médecins des H.P. Dans ce cas, le médecin-chef de la section exerce l'autorité et assume la responsabilité par ailleurs dévolues au médecin-directeur, en ce qui concerne la surveillance des placements et le traitement des malades de sa section.

Art. 4. — Aucun malade ne peut être admis au Centre, directement ou par voie de transfert, sans l'assentiment du médecin-directeur. Ce dernier choisit les malades et les répartit éventuellement entre les diverses sections. Les médecins chefs de sections peuvent, après une observation d'au moins 15 jours, refuser les malades qui leur sont proposés.

Art. 5. — L'établissement est constitué par un Centre médico-administratif, des annexes et des placements.

Art. 6. — Le Centre médico-administratif comporte une ou plusieurs infirmeries destinées à l'observation des malades entrants et au traitement des malades ne pouvant être conservés en placement familial. Ces infirmeries doivent être dotées de l'équipement tech-

nique indispensable pour le traitement des maladies mentales. Ce Centre comporte également les services administratifs et les services généraux (ateliers, bains, etc...).

Art. 7. — Les annexes situées à des distances variables du Centre comportent, au minimum, une salle de réunion pour les malades placés sous la surveillance d'un infirmier.

Art. 8. — On désigne sous le nom de placements, les locaux mis à la disposition des pensionnaires et les conditions d'existence offertes à ces derniers par des particuliers appelés nourriciers. Il ne peut être mis dans un même placement des malades de sexe différent. Chaque nourricier ne peut héberger, en principe, plus de trois pensionnaires à la fois.

Art. 9. — Les placements sont, en principe, groupés autour de l'établissement et de ses annexes. Certains placements peuvent également être disséminés dans la limite des possibilités de surveillance.

Art. 10. — Les personnes qui désirent recevoir des pensionnaires doivent en faire la demande au médecin-directeur. *Ce dernier, après enquête sur leur moralité et leurs capacités, accepte ou rejette la demande, sans avoir à motiver sa décision. Il peut, à tout moment, suspendre ou supprimer le placement.*

Art. 11. — Le médecin-directeur désigne les placements devant être attribués aux pensionnaires. Les nourriciers sont libres d'accepter ou de refuser les malades qui leur sont proposés. *Les malades peuvent être retirés de leur placement, sans préavis, à la demande du médecin-directeur.*

Art. 12. — En acceptant un pensionnaire, le nourricier s'engage à le surveiller et à lui assurer le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage. Il doit, en toutes circonstances, se comporter vis-à-vis de lui comme s'il s'agissait d'un membre de la famille, en tenant compte des égards particuliers dus à un malade et à un étranger. Il ne peut, en aucun cas, user à son égard de moyens de coercition. *Toute violence ou tout mauvais traitement entraînerait, outre des poursuites judiciaires éventuelles, une suspension ou suppression du placement.*

Art. 13. — Le nourricier doit sans délai prévenir la direction de l'établissement de tout incident concernant son pensionnaire.

Art. 14. — Les soins médicaux de toute nature sont à la charge de l'établissement. Sauf le cas d'urgence, le médecin-directeur peut, seul, lorsqu'il le juge nécessaire, faire appel à un praticien étranger. *Aucun médicament ne doit être donné aux pensionnaires sans l'autorisation du Centre.* Les fournitures pharmaceutiques incombent à l'établissement. Les frais de prothèse peuvent être laissés à la charge des familles.

Art. 15. — Le médecin-directeur peut exiger certaines conditions concernant l'alimentation et le logement des malades.

L'alimentation doit être saine et abondante et, en général, la même que celle de la famille nourricière. En principe, chaque malade recevra au moins par semaine : 4 kilogrammes de pain, 1 litre de vin, de la viande fraîche quatre jours par semaine pour un total d'environ 1 kilogramme, indépendamment des légumes, du lait, du beurre, du fromage, etc...

Les chambres doivent avoir approximativement un volume de 20 mètres cubes par personne et être entretenues par le nourricier dans un parfait état de propreté. Elles doivent pouvoir être convenablement aérées et chauffées. Le mobilier doit comporter au minimum, en dehors de la literie et des ustensiles de toilette, une table, une chaise et un meuble pour la vêture.

Le linge doit être échangé aussi souvent que nécessaire, et au moins toutes les semaines pour le linge de corps ou de toilette et tous les mois pour les draps.

Des cabinets d'aisance facilement accessibles doivent être mis à la disposition des pensionnaires.

Art. 16. — Un trousseau est fourni par l'établissement pour chaque malade. Il est confié à la garde du nourricier qui en est pécuniairement responsable.

Le nourricier doit veiller avec soin à son entretien et à sa conservation.

Tout effet perdu ou mis hors d'usage du fait de la négligence du nourricier sera facturé à ce dernier. Les grosses réparations et l'échange des effets usagés sont effectués par l'établissement.

Art. 17. — Il est alloué au nourricier pour chaque malade une indemnité journalière fixé par le préfet. *Cette indemnité peut être complétée par des primes attribuées par le médecin-directeur dans les limites fixées par le préfet.*

Art. 18. — Le taux du pécule attribué aux malades travaillant dans l'établissement est fixé par le préfet, sur proposition du médecin-directeur, compte tenu des habitudes locales de rémunération des pensionnaires.

Art. 19. — Les pensionnaires ne sont astreints à aucun travail au profit des nourriciers. Ceux qui se livrent à une occupation régulière reçoivent de leur employeur une rémunération qui ne peut être inférieure au pécule attribué par l'établissement aux malades travailleurs.

Art. 20. — Le médecin-directeur peut ou doit exiger le dépôt par les malades à leur compte ouvert à l'économat de tout ou partie des sommes qu'ils détiennent.

Art. 21. — Les nourriciers ne peuvent, en aucun cas, détenir des sommes d'argent ou des valeurs appartenant à leurs pensionnaires. Le cas échéant, ils doivent les remettre à l'administration.

Art. 22. — Le compte « dépôt-douceurs » de chaque pensionnaire ne peut dépasser une somme fixée par le préfet sur proposition du médecin-directeur, l'excédent devant être versé à son compte « patrimoine ».

Art. 23. — La surveillance des placements et des pensionnaires est assurée, sous l'autorité du médecin-directeur et des médecins-assistants, par des infirmiers-visiteurs ou des infirmières-visiteuses. Des tournées régulières sont faites par des visiteurs dans tous les placements du secteur dont ils ont la charge. Ils rendent compte de leur activité et de leurs remarques au médecin-directeur. Ce dernier effectue, de temps à autre, des visites de contrôle.

Art. 24. — Les agents chargés de la surveillance doivent avoir accès à toute heure, dans les locaux réservés aux pensionnaires et pouvoir s'assurer de la tenue de la chambre, de l'état de leur trousseau et de la nourriture qui leur est donnée. Ils signent, lors de leur passage, un livret déposé à cet effet dans chaque placement.

Art. 25. — Une ou plusieurs assistantes sociales spécialisées s'occupent particulièrement des rapports des malades avec la population. Elles conseillent les nourriciers en ce qui concerne la tenue des placements. Elles procèdent aux enquêtes qui leur sont demandées par le médecin-directeur ou les médecins-chefs, particulièrement au sujet des rapports des malades avec leurs familles, des congés et des sorties.

Art. 26. — Le personnel de l'établissement ne doit accepter des nourriciers aucun présent sous peine des plus graves sanctions.

Art. 27. — Le médecin-directeur fixe les heures pendant lesquelles les pensionnaires sont autorisés à circuler hors de leur placement. Il peut leur interdire l'accès de certains lieux publics.

Art. 28. — Les pensionnaires ne peuvent circuler hors du périmètre du Centre de placement familial sans autorisation signée du médecin-directeur. Ce périmètre se confond avec la limite de l'ensemble des communes sur lesquelles se trouvent des placements groupés.

Art. 29. — Des permissions de longue durée peuvent être accordées à certains pensionnaires pour se rendre dans leur famille, soit chez des particuliers qui s'engagent à assurer leur entretien et leur surveillance, en échange de leur travail.

Dans ce dernier cas, les conditions de travail et de rémunération sont fixées en accord avec le médecin-directeur. L'exécution de ces conditions est surveillée par le service social.

Ces permissions sont accordées par le préfet, sur proposition du médecin-directeur.

Art. 30. — Un service de garde permanent est assuré au Centre pour les cas urgents.

Un médecin se tient à la disposition des malades tous les matins à l'infirmerie. Le médecin-directeur reçoit les malades, les nourriciers et les familles tous les JEUDIS MATIN et sur rendez-vous.

Art. 31. — La correspondance des malades est libre, sous réserve de la surveillance éventuelle du médecin-directeur. Les mandats et les paquets doivent être adressés par l'intermédiaire de la direction. Il est interdit de faire parvenir aux malades des boissons alcoolisées et des médicaments.

Art. 32. — Les pensionnaires peuvent être visités tous les jours par leur famille directe, sauf indication contraire du médecin-directeur. Les amis doivent au préalable solliciter une autorisation.

Art. 33. — En tout ce qui n'est pas contraire au présent règlement, le règlement modèle des H. P. est applicable au Centre de placement familial d'Ainay-le-Château.

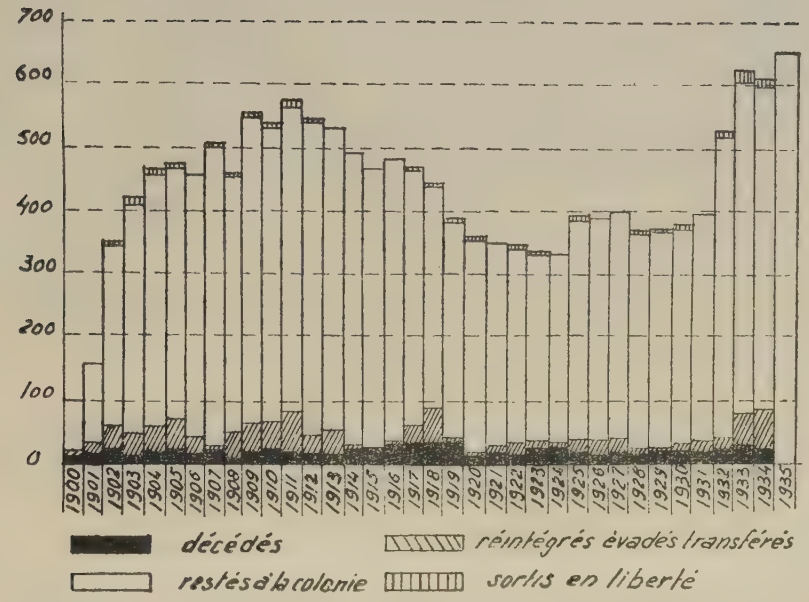
— **Responsabilité :** Un délicat et difficile problème de responsabilité se pose à propos du fonctionnement de la Colonie Familiale. Dans la pratique, lors de rares incidents pouvant entraîner un dommage quelconque, aucune faute lourde n'étant relevée contre le nourricier ou les agents de l'Administration, la « responsabilité » du malade étant manifeste dans le préjudice porté, c'est à la Préfecture de la Seine (qui est son propre assureur) qu'incombe la réparation du dommage, après entente amiable avec le tiers lésé.

Etude statistique et clinique du placement familial pour les hommes à la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.

Les quelques courbes, tableaux statistiques et observations cliniques qui vont suivre, nous permettent de constater que cette Institution fonctionne avant tout comme un centre d'assistance pour des malades dont l'affection mentale se traduit par une incapacité permanente ou temporaire qui entrave toute possibilité de comportement social indépendant et d'activité professionnelle suivie.

Les psychopathes admis à la Colonie, après accord du Médecin-Directeur, sont proposés par les médecins-chefs de Service des Hôpitaux psychiatriques de la Seine. Il s'agit en majorité de sujets au long passé asilaire ou dont l'état mental ne permet pas d'envisager dans l'immédiat une sortie. Le corollaire direct de ce recrutement se reflète dans le faible pourcentage des sorties. Cependant les résultats obtenus tant en ce qui concerne l'adaptation des malades à ce régime très libéral et avantageux de tutelle qu'au point de vue réussite de reclassement d'un certain nombre d'entre eux nous montrent la valeur réelle du système.

I. - Etude statistique



Mouvement de la population d'après Pasturel et Vié
(Congrés Alienistes - Bruxelles 1935)

TABLEAU 1

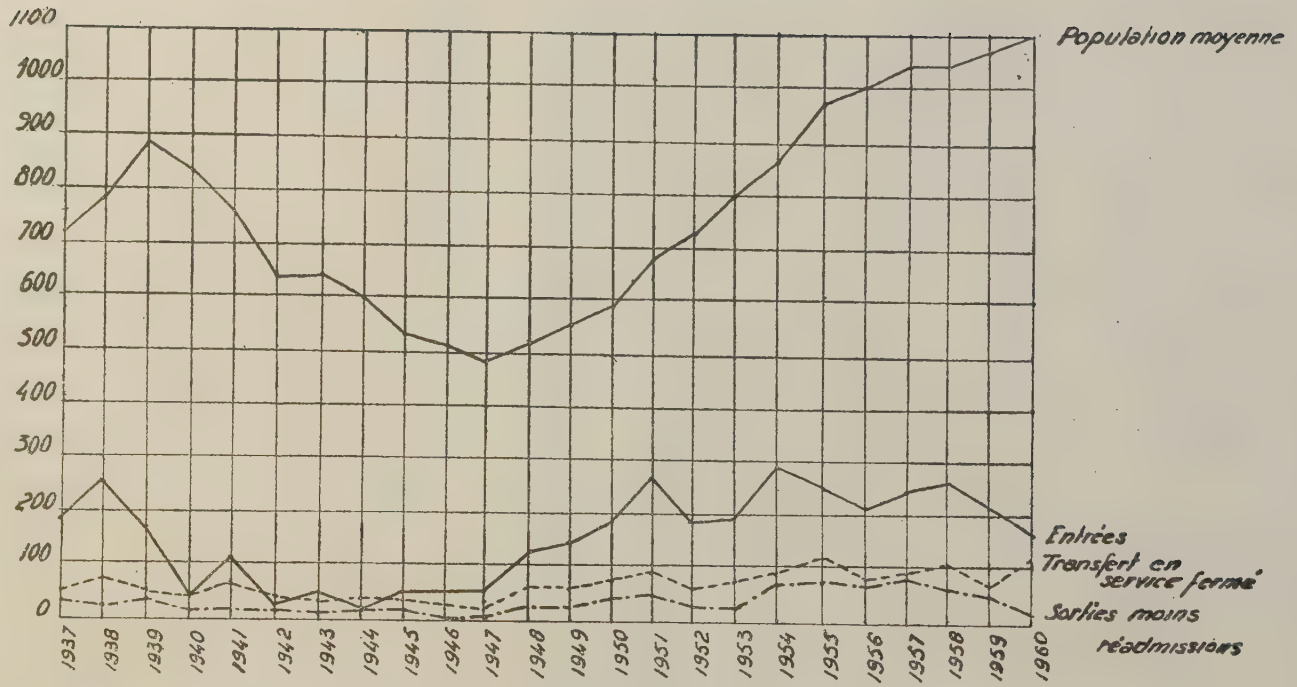


Tableau statistique : du mouvement de la population de 1937 à 1960

TABLEAU 2

Tableau 3

Répartition des malades par temps de présence dans les hôpitaux psychiatriques au 31 décembre 1957 :

— de 3 mois	de 3 à 6 mois	de 6 à 12 mois	de 1 à 2 ans	de 2 à 3 ans	de 3 à 4 ans	de 4 à 5 ans	de 5 à 10 ans	de 10 à 15 ans	+ de 15 ans
14	10	28	81	65	66	55	250	365	

Tableau 4

Répartition des malades selon l'âge

Situation	Déc. 51	Déc. 60
15 à 20 ans	22	24
21 à 30 ans	137	242
31 à 40 ans	133	244
41 à 50 ans	171	202
51 à 60 ans	150	233
61 à 70 ans	85	137
+ de 70 ans	27	38

Tableaux 5

Réintégration en service fermé suivant le temps de séjour à la Colonie Familiale.

	1951	1953	1960
— de 1 an	43	45	51
de 1 à 2 ans	10	11	24
de 2 à 3 ans	8	9	13
de 3 à 4 ans	4	2	2
de 4 à 5 ans	2	1	3
de 5 à 6 ans	2	4	4
de 6 à 7 ans	2	1	1
de 7 à 8 ans	1	1	1
de 8 à 9 ans	3	1	3
de 9 à 10 ans			1
+ de 10 ans			1

Sorties définitives suivant le temps de séjour à la Colonie Familiale

	1953	1957	1960
— de 1 an	9	27	10
de 1 à 2 ans	10	29	15
de 2 à 3 ans	4	17	8
de 3 à 4 ans	2	9	8
de 4 à 5 ans	1	1	6
de 5 à 6 ans		1	2
de 6 à 7 ans		1	2
de 7 à 8 ans			1
de 8 à 9 ans		1	
de 9 à 10 ans			1
+ de 10 ans			

Tableau 6

	Admis	Sorties	Evadés	Transf	Décédé	Total	Répartition d'après l'âge						
							10 à 20	20 30	30 40	40 50	50 60	60 70	+ de 70
Etats d'arriération — Idiot	1					3	1			1		1	
Etats d'arriération — Imbécile	33	5		13	1	261	12	105	56	37	26	19	6
Etats d'arriération — Débile	25	11		12	3	348	10	99	86	64	56	25	8
Etats d'arriération — Crétinisme (myxoedème)													
Déséquilibres	12	4	1	6		18	1	2	2	5	4	3	1
Psychonévroses (neurasthénie, psychasthénie)	10	4		7	1	13		2	2	2	7		
P.M.D. — Etats maniaques	1					8			2	2	1	3	
P.M.D. — Etats mélancoliques		1	1			6			2		4		
P.M.D. — Psychose périodique				4		25			3	5	8	9	
Etats délirants :													
— aigus (bouffées délirantes hallucinatoires).	1	1		1		5		1	2	1	1		
— chroniques — hallucinatoires	9	1		5		59		1	3	10	24	16	5
— chroniques — Interprétations	7			2		14		1	2	5	4	1	1
— chroniques — Revendications						2					1		1
— chroniques — Imagination	4					6				2	2	1	1
Démence précoce (schizophrénie et confusion mentale chronique)	30	8				157		17	53	36	36	13	2
Confusion mentale aiguë (C.M. primitive, délire aigu, encéphalite psychique, psychose symptomatique.)				1		1							1
Intoxication · alcoolisme aigu	2	2				2			1	1			
Intoxication · chronique	22					62			6	10	23	18	5
Intoxication · démentiel						3			1			2	
Intoxication · Autres intoxications						1					1		
Psychopathies syphilitiques ·	3	2		4	1	44		1	7	4	18	12	2
P.G. syphilis cérébrale.						1				1			
Tr. mentaux du Tabes.						1							1
Démences organiques artérioscléreuses.		1											
lésions circonscrites.						1						1	
D. séniles.		10	4	29	2	6				1	4	1	
Paraphrénies	2			3		5					3	2	
Affaiblissement intellectuel	7	1		1	1	8				1	1	4	2
Epilepsie	5	1		14	1	40		12	9	9	8	2	
Psychopathie de l'encéphalite épidémique						7		1	2	2	2		
Etats psychopathiques atypiques.	2			1	2	7			2	2	1	2	
Psychoses paranoïdes			1	1		7			2	1		2	2
Parkinson						3			1		1	1	
TOTAL :	176	52	7	104	12	1124	24	242	244	202	233	137	38

Conclusion de l'étude statistique

Tableaux 1, 2 et 6 : faible pourcentage de sorties confirmant le caractère de Tutelle et d'assistance de l'Institution.

— proportion réduite des décès : 3 à 5 % avant 1940, 1,5 % actuellement par suite des progrès de l'hygiène, des méthodes de dépistage et de contrôle systématique, des antibiotiques, de l'âge moyen moins élevé de la population.

— Le nombre des transferts dans les Hôpitaux psychiatriques de la Seine pour non-adaptation est d'environ 10 %. Ce pourcentage, autrefois plus faible car portant sur un choix clinique et nosographique plus restrictif, s'explique actuellement par l'introduction de produits médicamenteux plus actifs qui permettent d'augmenter le nombre et le cadre des malades susceptibles de bénéficier de ce mode d'Assistance. La tentative de placement joue le rôle d'un test dans l'évaluation des capacités d'adaptation des malades.

Tableau 3 : ..... La Colonie familiale est une forme d'assis-sistance extra-hospitalière pour des psychopathes dont l'état mental nécessite une tutelle de longue durée.

Tableaux 4 et 6 : La population est composée dans son ensemble d'adultes jeunes (70 % de moins de 50 ans).

Tableau 5 : ..... Les réintégrations en service fermé sont maxima les deux premières années de séjour.

Tableau 6 : ..... On trouve à la Colonie familiale toutes les formes de psychopatie. Les états d'arrièration mentale représentent près de la moitié de la population. Viennent ensuite, par ordre d'importance : la schizophrènie, les états de délire chronique, l'alcoolisme, l'épilepsie, les affections syphilitiques, les psychoses périodiques, les états de déséquilibre mental. Les autres groupes nosologiques ne sont que partiellement représentés.

II. - Etude clinique

Nous consacrerons la première partie de ce chapitre aux principes généraux du placement des hommes. Nous distinguerons les indications cliniques des indications sociales ; puis, dans une deuxième partie, nous aborderons à l'aide d'observations l'étude systématique des malades assistés à la Colonie familiale.

A.) - PRINCIPES GENERAUX DU PLACEMENT DES HOMMES :

a) *Indications cliniques :* WOLF rapporte que les premiers pensionnaires qui bénéficièrent de l'assistance familiale furent des sexagénaires préséniles dont le comportement avait été minutieusement observé en service fermé tant on redoutait le caractère de dangerosité du malade mental.

Très tôt, TRUELLES put affirmer que ce qui importe dans l'adaptation au placement familial est « le mode de réaction des malades, leur degré de sociabilité, qu'il n'y a pas de maladies mentales qui soient exclusives de la Colonie familiale mais seulement des malades qui en sont exclusifs ».

Actuellement aucun critère nosologique, pas plus que la gravité sémiologique de l'affection ne laissent préjuger de l'adaptabilité d'un sujet. La forme clinique particulière, le coefficient de réaction propre à chaque individu, les modalités évolutives de la psychopathie sont autant de facteurs qui conditionnent la réussite ou l'échec du placement.

C'est pourquoi, plus que des indications psychiatriques précises et bien codifiées, nous analyserons ici des conduites, des aspects sémiologiques, éléments d'appréciation pour le choix des malades.

Les psychopathes qui présentent une maladie contagieuse ou somatique nécessitant des soins continus et spécialisés, ainsi que ceux atteints d'une infirmité physique rendant incompatible ou dangereuse la vie en liberté et l'autonomie de leurs mouvements seront écartés.

Certains aspects cliniques de maladies mentales tels que : l'état de confusion, de stupeur, de démence profonde, d'excitation continue ou d'anxiété majeure seront une contre-indication à l'assistance familiale.

En dehors de ces cas pour lesquels l'hospitalisation s'impose, l'élément fondamental qui détermine la possibilité d'une assistance en milieu familial est le comportement, et « ce critérium est moins étroitement lié à l'intensité de certains éléments du syndrome mental qu'à l'individu lui-même, qu'aux conditions de milieu où il se trouve et surtout depuis ces dernières années qu'à l'action sinon curatrice, du moins apaisante des nombreux traitements ambulatoires dont nous disposons. De telle sorte que s'adaptent mieux au placement familial des délirants, des hallucinés, de grands schirophrènes, des P.G., certains déments, de grands épileptiques ou de grands oligophrènes sans troubles de caractère que certains déséquilibrés mentaux périodiques, alcooliques, névrosés, épileptiques aux crises peu fréquentes ou oligophrènes peu profonds avec troubles du caractère ». (1).

(1) Joyeux.

Parmi les contre-indications symptomatiques majeures, que nous retrouverons par ailleurs chez les sujets qui ont été réintégrés, citons toutes les réactions antisociales et en particulier la tendance aux réactions violentes impulsives, les actes destructifs et les manifestations érotiques à forme d'attentat aux mœurs. Nous trouverons cependant à la Colonie familiale un certain nombre de psychopathes internés pour un motif médico-légal, mais il s'avère pour chacun que le délit commis était plus étroitement lié à une phase évolutive de l'affection qu'au fonds psychique de l'individu. Certains de ces malades se montrent, après traitement en milieu hospitalier, d'excellents pensionnaires ; mais avant que d'accueillir de tels malades, il convient de réunir des informations aussi complètes que possible à leur sujet et de s'entourer d'un maximum de précautions pendant leur séjour ; leur présence ne doit en aucun cas revêtir le caractère d'une expérience incertaine.

Pour conclure, nous dirons que le placement en milieu familial, en dehors des grandes contre-indications que nous avons signalées, présente essentiellement un caractère individuel et dépend surtout des nouvelles conditions de milieu et des possibilités de réadaptation offertes aux psychopathes.

b) *Indications sociales* : Lorsque le comportement d'un malade permet son placement en milieu familial, il peut sembler paradoxal à première vue de le confier à une famille étrangère lorsque sa propre famille peut à nouveau le recevoir et le faire suivre régulièrement par les services des dispensaires d'hygiène sociale. Or :

— le caractère de contrainte des dispositions légales prises à l'égard des malades placés en Colonie familiale rend plus aisée la surveillance médicale et leur donne une garantie pour leurs intérêts matériels. D'autre part, l'organisation de l'assistance extra-hospitalière réalisée par le placement familial permet, grâce à un personnel spécialisé, une meilleure observation du malade et l'application des techniques thérapeutiques ;

— de nombreux pensionnaires se présentent comme des isolés sociaux, sans famille ou ayant rompu toutes relations ; par ailleurs, certaines familles qui s'intéressent encore à leurs malades sont dans l'impossibilité de les accueillir pour diverses raisons telles que : conditions d'habitat, difficultés financières, surveillance impossible, appréhension des responsabilités, souci des préjugés et du discrédit porté sur la famille par la présence d'un « anormal », etc... ;

— d'autre part, le milieu familial a pu jouer un rôle dans le conditionnement de la maladie mentale et son influence — si elle ne peut être favorablement orientée — risque d'être encore néfaste ;

— la complexité des obligations sociales et la densité des rapports sociaux, la multiplication des causes de stress de la vie moderne,

leurs convergences, leurs sommations demandent de la part de sujets à la marge d'adaptation déjà réduite par la psychopathie des efforts insurmontables.

L'organisation d'une tutelle, la simplification des interrelations sociales, un milieu simple mais aussi proche que possible de la réalité s'avèrent nécessaires. C'est dans cet esprit que la Colonie familiale a été créée : donner un milieu adapté aux possibilités de capacité sociale de certaines catégories de malades mentaux.

B. - ETUDE NOSOLOGIQUE DES MALADES ASSISTÉS A LA COLONIE FAMILIALE

Adoptant une classification très large des maladies mentales, nous illustrerons à l'aide d'observations cliniques chacun des groupes nosologiques représentés à la Colonie suivant l'ordre d'intérêt et d'importance.

1. - LES ETATS D'ARRIERATION :

— Les Idiots ne sont pratiquement pas représentés. Ne pouvant se suffire à eux-mêmes, leur présence exige de la part des nourriciers une surveillance et un dévouement difficiles à exiger.

— Les Imbéciles donnent en général de bons résultats. Ils s'adaptent assez bien, acquièrent des règles élémentaires de conduite et s'attachent à leurs nourriciers auxquels ils rendent de petits services. Ils constituent une part importante de la population. Si leur turbulence et leur irritabilité cèdent assez bien aux traitements neuroplégiques. les vols et surtout l'érotisme et les perversions sexuelles sont les principaux écueils à leur placement.

— Les débiles présentent souvent en plus de leur niveau intellectuel insuffisant des troubles du caractère, des épisodes délirants ou une infirmité. Les difficultés de la vie urbaine les éliminent de plus en plus. Les débiles « pondérés » trouvent à la Colonie familiale, dans le cadre de la vie simple de la campagne, un milieu adapté. Ils s'emploient souvent activement. Les incidents les plus fréquents sont le fait de malades jeunes aux troubles du caractère plus accentués, avec tendance aux fugues.

— Adaptations au placement familial :

Observation I. — B... P..., 34 ans - P.O.

Admis à la Colonie familiale en 1906, alors âgé de 19 ans. Oligophrène profond du niveau de l'imbécillité. Il s'agit d'une arrié-

ration mentale en rapport avec une encéphalopathie infantile. L'examen montre une implantation basse du cuir chevelu, des malformations du pavillon de l'oreille et des séquelles importantes d'hémiplégie droite : hypereflectivité ostéotendineuse, signe de Babinski, surdité, pupilles irrégulières.

Malade depuis cinquante ans sous la surveillance des services médicaux de la Colonie, capable de rendre service dans les exploitations agricoles où il fut placé. Séjour sans incidents. Sans traitement, il vit depuis quinze ans dans la même famille nourricière.

Observation 2. — B... E..., 49 ans - P.V.

Admis à l'hôpital Sainte-Anne en 1920 pour « arriération mentale du niveau de l'imbécillité - 5 ans au Binet-Simon ; débilité motrice, stigmates dégénératifs, légère hydrocéphalie ». Transféré à la Colonie familiale en 1931.

Ce malade, calme, travailleur, s'est amélioré en placement familial au point de pouvoir bénéficier pendant plus de dix ans de congés de travail en qualité d'ouvrier agricole ou manœuvre ; était très apprécié de ses employeurs. A réduit son activité depuis un an en raison d'une impotence fonctionnelle (gros paquet variqueux à la face interne de la jambe droite ; une résection de la veine saphène interne a dû être pratiquée). S'occupe utilement chez son nourricier où il est placé depuis un an. Pas de traitement en cours. Sans famille, ce malade bon travailleur ne peut sortir sans une tutelle.

Observation 3. — Ch... C..., né en 1907 - P.O.

Débile mental hospitalisé en 1930 à la suite d'un épisode dépressif (tentative de suicide par barbiturique) ; ce malade, isolé, est incapable d'avoir une vie sociale autonome. Transféré à la Colonie familiale en 1931, il s'adapte parfaitement et se trouve depuis 1938 chez la même nourricière, complètement intégré au milieu familial. Actif et travailleur, ce malade jardine, fait les courses, etc... Pas de traitement actuellement.

Observation 4. — H... A..., 39 ans - P.V.

Présente des séquelles d'encephalopathie infantile : parésie des membres inférieurs, hypoacousie gauche, diminution de l'acuité visuelle plus marquée à gauche, strabisme, troubles de l'élocution.

A la mort de ses parents, en 1948, doit être hospitalisé car incapable de subvenir seul à ses besoins.

Débile mental, ce malade accuse de graves troubles du comportement : mythomanie, vanité, puérilité niaise ; débile moteur, il est incapable de faire un apprentissage (vendait les journaux à la criée).

Transféré à la Colonie familiale en 1949, ce malade s'adapte et s'améliore : les impulsions caractérielles qui ont nécessité à

plusieurs reprises son changement de placement s'espacent. Actif et doté d'un certain sens pratique, il trouve à s'occuper. Grâce à un traitement d'entretien (chlorpromazine à petites doses), son traitement est satisfaisant.

Observation 5. — M... B..., né en 1932 - P.V.

De père inconnu, vivait avec sa mère décédée peu après son admission à Sainte-Anne. Le certificat mentionne : « Débile mental avec troubles du caractère importants, vols, fugues à répétition, énurésie ». Transféré en 1946 à la Colonie familiale, le comportement du malade s'améliore considérablement après une difficile période d'adaptation ; peu de temps après son admission, il fait une fugue en relation avec un épisode dépressif réactionnel. Placé dans une autre famille, il trouve le milieu affectif qui lui convient. Actif, il lave avec compétence les voitures de l'Administration et les voitures particulières, ce qui lui procure une certaine notoriété et des gains substantiels.

Observation 6. — S... P.., 48 ans - P.O.

Est un arriéré mental profond, du niveau de l'imbécillité. Hospitalisé pour la dernière fois en 1930 à Sainte-Anne, est transféré en 1936 à la Colonie familiale. Ce malade présente d'importants stigmates dégénératifs : hypotrophie staturale (taille 1 m. 40), perforation du voile du palais, ectopie testiculaire, asymétrie faciale, troubles de l'élocution. Calme, il travaille régulièrement, fait des ménages et les courses pour de nombreuses ménagères. Son père âgé, marchand des quatre saisons, s'occupe de lui et le prend en permission chaque année.

Observation 7. — C... P..., 31 ans - P.V.

Vivait chez ses parents et occupait un emploi de garçon d'ascenseur. A la mort de ceux-ci, dut être hospitalisé puis transféré à la Colonie en 1950.

Il s'agit d'un débile mental, aux capacités pragmatiques réduites, bradypsychique, puéril, avec troubles du caractère.

Se trouve depuis dix ans chez le même nourricier. Vient chaque jour au Centre de la colonie où il occupe les fonctions de coursier.

Traitement : Equanil n° 3.

Observation 8. — N... M..., 37 ans - P.V.

Après le décès de son père, logea chez son frère aîné tout en travaillant comme ouvrier boulanger. Débile mental, bradypsychique avec troubles du caractère et du comportement, son appétence pour l'alcool motiva plusieurs séjours et cures de désintoxication en service libre à Henri-Rousselle.

Interné en 1936 à la suite d'un épisode éthylique suraigu, il fut transféré à la Colonie en juillet 1957. A plusieurs reprises, il dut être conduit à l'infirmerie pour ivresses excitomotrices.

La famille, lassée des échecs et de l'inadaptation du malade à la vie sociale de Paris ne veut plus le reprendre. Traité par Espéral et sous la surveillance médicale active et continue que permet le régime de la Colonie, il présente depuis trois ans un comportement satisfaisant. Il travaille à la Société coopérative de boulangerie qui lui donne 10 NF par jour.

— **Réussites :**

Observation 9. — W... H..., né en 1927.

Hospitalisé en 1957 au C.T.R.S. de Ville-Evrard, W... se présente comme un arriéré affectif, inadapté social, sans valeur pragmatique malgré des moyens intellectuels suffisants. Ce malade accuse en outre un sentiment d'infériorité et des réactions d'échec.

Son comportement en milieu familial est très satisfaisant ; il suit les cours du soir, obtient son C.E.P. pour adultes, sort en 1960 et occupe actuellement un emploi dans la région parisienne.

Observation 10. — R... G..., né en 1935.

Débile mental, épileptique, traité dans plusieurs I.M.P. au cours de son enfance. Mène ensuite une existence misérable à Paris, car incapable de subvenir à ses besoins. Hospitalisé en 1951 à Sainte-Anne, est transféré peu après à la Colonie familiale. Traité et suivi, les crises s'espacent puis disparaissent complètement. M. R... obtient un congé de travail qui donne de bons résultats, sort et travaille depuis dans la région comme ouvrier agricole.

— **Echec :**

Observation 11. — V... B..., 22 ans - P.V.

Pupille de l'Assistance publique. Hospitalisé à Vaucluse en 1948 pour « arriération psychique, inadaptation scolaire, débilité psychique, malformations crâniennes, adénopathie cervicale, nœvus de la face, trouble du caractère et du comportement ».

Transféré à Ainay-le-Château en juillet 1958, doit être retransféré en service fermé en juillet 1961 avec un de ses camarades à la suite de réactions sexuelles impulsives. Cette tentative exécutée de concert avec un autre malade lui avait été suggérée par ce dernier, débile mental plus léger.

2. - LES ETATS SCHIZOPHRENIQUES :

Cette classe nosologique fut longtemps, à de rares exceptions près, une contre-indication au placement familial. L'influence favorable des thérapeutiques modernes a changé cet état de fait et, actuellement, cette entité vient au deuxième rang de la population.

Deux catégories de malades bénéficient plus particulièrement de cette forme d'assistance :

— D'anciens malades fixés : les conditions de milieu de la Colonie leur permettent une réinsertion partielle dans la vie normale et l'utilisation de leurs capacités pragmatiques résiduelles.

— Des adultes jeunes, des convalescents au premier stade de leur affection. Si pour certains l'adaptation à la Colonie est le but à atteindre, pour d'autres la création d'ateliers et de sections d'apprentissage permettrait sans aucun doute un reclassement professionnel plus facile.

— Adaptations au placement familial :

Observation 12. — Q... P.., 27 ans - P.O.

Célibataire. Le curriculum vitæ rapporte une adolescence au sein d'un milieu familial dissocié (père éthylique), des fugues avec vagabondage. Engagé dans la Légion étrangère, présente des troubles du comportement (bataillon disciplinaire). Réformé, est traité au Val-de-Grâce à la suite d'impulsions agressives.

Présente un syndrome schizophrénique composé d'un syndrome d'influence, de rationalisme morbide, d'idées délirantes à thèmes politique et sexuel, d'hallucinations impératives ; doit être hospitalisé à plusieurs reprises, d'abord en maison de santé puis à Ville-Evrard où il est traité par cure insulinique. Transféré début 1960 à la Colonie familiale, le malade ébauche une critique des phénomènes morbides ; calme, il s'adapte bien au placement familial, travaille en qualité de jardinier à la Colonie. Le dimanche il met des vêtements civils et va se promener.

Traitement : chlorpromazine 300 mg, réserpine 2 mg.

Observation 13. — M... G..., 36 ans - P.O.

Célibataire, dessinateur industriel.

Première hospitalisation à 28 ans pour épisode dépressif ; interné deux ans plus tard ; l'examen révèle un syndrome schizophrènique, troubles du cours de la pensée, discordance, stéréotypies, bizarreries, rires immotivés, idées d'influence et de persécution, hallucinations auditives. Transféré à la Colonie familiale au début de 1959, il se montre apragmatique, réticent, opposant. Traité par

neuroplégique (Tementil); on note une rapide amélioration ; envoyé d'abord dans une ferme, il garde les animaux, aide aux travaux des champs ; placé plus tard dans un village, il donne des leçons de mathématiques avant de trouver un emploi à mi-temps chez un géomètre ; son travail donne entière satisfaction ; cependant une rechute doit le faire rentrer au pavillon hospitalier ; rapidement amélioré, le malade peut reprendre ses activités d'aide-géomètre. Son comportement étant satisfaisant une sortie est envisagée si l'amélioration se confirme.

Traitement : Prochlorpémazine 40 mg, Fluorobutyrophénone 4 mg.

Observation 14. — P... G..., 43 ans - P.O.

Licencié en droit. Les premières manifestations morbides apparaissent en 1944. Mobilisé, le malade doit être admis au Val-de-Grâce pour état dépressif (traitement par E.C.), puis dans un centre de rééducation professionnelle. En 1944, fuit Paris pour « cultiver la terre » ; est appréhendé à Toulouse pour vagabondage et placé d'office à l'hôpital de Lannemezan. Transféré en 1954 à la Colonie familiale, le malade présente un syndrome shizophrénique : apragmatisme, indifférence, réticence, autisme, préciosité du geste et de la parole, minauderies, regards en coulisse, goût du paradoxe, tendances et pratiques obsessionnelles (épilation partielle du pubis : les poils et la sueur symbolisent la malpropreté). Il s'est bien adapté au placement familial mais son activité est des plus réduites ; son séjour à la Colonie familiale semble être dans son cas une bonne solution d'assistance.

Traitement : Lévomépromazine 200 mg.

Observation 15. — G... L.., 57 ans - P.O.

Célibataire, manœuvre.

Le comportement de ce sujet est normal jusqu'en 1930, époque à laquelle il commence à présenter une instabilité professionnelle et une appétence alcoolique. Est interné à Sainte-Anne en 1934 pour vagabondage, syndrome confusionnel avec appoint éthylique. L'observation rapporte une attitude de type catatonique, mutisme, clinophylie entrecoupée de réactions impulsives violentes. Traité par cure de Sakel, l'état du malade s'améliore. Transféré en 1953 à la Colonie familiale, le malade est bien orienté, ne présente plus de réactions impulsives ni de troubles du cours de la pensée. Bien adapté, ce malade travaille à la cordonnerie d'une Annexe. Pour cette ancienne schizophrénie, le placement familial semble, là encore, la meilleure forme d'assistance.

Est traité et suivi actuellement pour H.T.A.

Observation 16. — T... P..., 57 ans - P.V.

Célibataire, artiste peintre.

Le dossier révèle un long passé asilaire. La dernière tentative de sortie remonte à 1954 ; mais le malade, inapte à une vie sociale autonome, vagabonde pendant quinze jours dans la capitale et se rend spontanément à Henri-Rousselle pour s'y faire hospitaliser.

Est transféré à la Colonie familiale en 1955 ; isolé socialement, avec des capacités intellectuelles et pragmatiques réduites, ce sujet présente un riche délire paranoïde avec hallucinations auditives, écho de la pensée et des actes. La discordance apparaît nettement dans l'expression même du délire sous forme de phrases bizarres, floues : « Je ferai chauffer l'espace pour me retirer dans l'espace ». « Je guérirai mes os par le rose geranium » ; les thèmes sont multiples, mystiques, sexuels, hypocondriaques, d'influence, de persécution. Le malade vit dans la déréalité, ne se souciant ni du lieu, ni du temps. Il est indifférent, perplexe. Bien adapté au placement, son activité est très réduite. Extériorise rarement son délire et toujours avec réticence.

Traitement : Lévomépromazine 150 mg.

Observation 17. — V... L..., 58 ans - P.O.

Plombier-couvreur, pas de famille.

Interné en 1931 pour syndrome schizophrénique : affaiblissement du fond mental, état dissociatif, apragmatisme.

Transféré en 1950 à la Colonie familiale.

Le malade présent un délire de type paranoïde. « Il y a des serpents dans le lit, les animaux se relèvent aussi, la boîte de lait condensé lui est restée dans le gosier, c'est comme le poisson crevé et les sirènes ». Les thèmes sont variables, multiples et s'avoisinent de façon désordonnée. On note également de nombreux néologismes, des phrases absurdes. Le délire est exprimé sans que le malade y attache de l'importance.

Bien adapté au placement familial il entretient les jardins de quelques particuliers dans la bourgade où il se trouve.

Traitement : Levomepromazine, Chlorpromazine.

Observation 18. — J... A..., 57 ans - P.O.

Interné en 1940 pour psychose paranoïde. Transféré en 1942 à la Colonie familiale. L'examen clinique du malade montre :

— Une allure paranoïde - incohérence et énormité des thèmes délirants - hallucinations polysensorielles - discordance - hypocondrie - influence. Idées de transformation corporelle, changement de sexe. Phrases floues énigmatiques, néologismes. Absurdité et mé-

galomanie. « On lui a arraché une dent de 210 volts ». Il « a une dent aux racines noires ; si on la lui enlève, il aurait une commotion mortelle ». Toute sa vie « est baignée dans un bain de souffrance ». « Il construit des appareils spéciaux pour éloigner les maléfices ». Veut démontrer que l'on peut vivre sans manger. Il « est devenu hermaphrodite, ne sait plus s'il est homme ou femme ou peut-être les deux ». « Les spermatozoïdes stagnent, remontent dans le ventre, c'est du gaspillage », etc... Le délire s'exprime par des soliloques entrecoupés de mutisme. La solution d'assistance en milieu familial paraît être pour le moment ce qui convient le mieux à ce malade calme et globalement affaibli, aux activités très réduites. Il est depuis vingt ans dans la même famille nourricière.

Traitement : Chlorpromazine.

— **Echecs :**

Observation 19. — P... M..., 31 ans.

D'origine polonaise. Interné en décembre 1960 pour « état dépressif atypique associé à un syndrome de discordance. Déjà traité pour schizophrémie ». Ne peut être gardé à la Colonie familiale où il manifeste des troubles multiples du comportement, des réactions impulsives, fait une fugue et vole une bicyclette. Il est retransféré en service fermé en août 1961.

Observation 20. — P... G..., 23 ans.

Apprenti. Syndrome schizophrénique. Interné en 1956 pour « inhibition psychomotrice prévalentes. Réponses brèves et extirpées, faciès figé et anxieux. Manièrisme gestuel discret. Préoccupations centrées sur le fonctionnement de son organisme. Hallucinations psychiques à thème de culpabilité. Impression de modification de l'entourage qui deviendrait vaguement hostile.

Admis à la Colonie familiale en décembre 1957, doit être transféré en février 1961 pour épisode subintrant d'excitation atypique ne cédant pas au traitement neuroplégique et empêchant tout placement.

— **Réussites :**

Observation 21. — G... M..., né en 1914.

Hospitalisé en janvier 1943 avec le certificat suivant : « Démence précoce. Affaiblissement psychique à forme de dissociation intellectuelle. Troubles profonds de la synthèse mentale. Par intervalles, salade de mots. Automatisme mental. Communications de la pensée. Idées délirantes polymorphes, imprécises, à forme prédominante d'in-

fluence, parle de fluide magnétique. Superposition chronologique à partir de 1870. Surimpression des dates 1877-1937. Identité de situation. Conscience relative de l'état morbide. Petite tendance dépressive : ses parents sont trop gentils pour lui. Monologue. Monotonie des propos. Autisme. Arrestation rue Gandet alors qu'il tentait d'accrocher à la porte du « Grand Orient » deux feuilles de papier volant écrites à l'encre. Pas de signes neurologiques. Tendances cataleptiques. Début des troubles psychiques en 1937. Premier internement du 18-11-36 au 6-3-38. Deuxième internement à Armentières en 1939 pendant quelques mois ; mobilisé en 39, réformé pour la deuxième fois et hospitalisé à Saint-Meen. Dans l'intervalle, instituteur suppléant. Depuis six mois, ne travaille plus. A été traité par Cardiazol ».

Traité plus tard par cure insulinique et neuroplégique, G... a été transféré à Ainay-le-Château en juin 1959.

Le malade qui poursuit un traitement à base de neuroplégiques reprend contact avec la vie sociale ; il donne des leçons d'anglais et sort en 1960 comme professeur dans un collège. Cette première tentative se solde par un échec. Une deuxième tentative est faite dans un autre collège ; le malade s'adapte, réussite totale.

Observation 22. — F... H..., né en 1930.

Interné pour la première fois en 1955 pour syndrome schizophrénique avec troubles du comportement. Abandon du domicile familial. Le malade vit en sauvage dans une maison abandonnée, se nourrissant de fruits avariés et d'escargots. L'interrogatoire au moment de son entrée décèle un apragmatisme complet depuis plusieurs mois avec troubles du cours de la pensée et incohérence verbale.

Traité par neuroplégiques à Villejuif. Transféré en Colonie familiale en avril 1958.

Le traitement neuroplégique est poursuivi. Le malade s'adapte au placement. Travaille.

Amélioré, il sort en 1961, loge chez sa mère et travaille chez son frère artisan qui avait essayé avec succès de l'employer lors d'une permission.

3. - LES ETATS DELIRANTS.

Le choix des délirants exige beaucoup de soins. L'élément d'appréciation consistera dans l'évaluation du risque de passage à l'acte. Les progrès thérapeutiques ont permis l'adaptation au placement familial de nombreux malades qu'il aurait été impossible de maintenir il y a quelques années.

— Adaptation au placemeni familial :

Observation 23. — R... E..., né en 1884 - P.O.

Interné d'office en avril 1931 pour délire de revendication avec excitation psychique sur fonds paranoïaque. Déjà hospitalisé plusieurs fois. Attitudes agressives : bris de vitres au Ministère des Pensions.

Transféré à la Colonie familiale en septembre 1937, il s'y montre relativement stable (n'a changé que six fois de placement en 24 ans). Persiste toujours dans le rabâchage de ses revendications exprimées avec sthénie, mais encore plus sous forme épistolaire ; son dossier abonde de lettres qu'il a écrites pour exposer son cas. N'est pas toujours d'un contact facile ; en particulier, ne veut pas reconnaître qu'il est atteint d'une cardiopathie et n'accepte pas volontiers les thérapeutiques. Se montre surtout opposant aux séjours à l'infirmerie que sa santé peut imposer. On peut cependant, étant donné son cas, considérer son adaptation comme très satisfaisante.

Observation 24. — G... H..., né en 1902 - P.V.

Marié, gardien de nuit. A été placé d'office en mai 1953 pour un délire d'interprétation à thème de persécution. Trépané à l'âge de quatre ans, le malade a conservé des séquelles hémiplégiques. Il présentait avant son internement un fond paranoïaque : réactions véhémentes, plaintes au commissariat. Transféré à Ainay-le-Château en novembre 1955. Pendant son séjour, on découvre un diabète grave. Travaille peu, s'occupe de ménage. Calme dans son placement. Tendances hypocondriaques mais l'activité du délire d'interprétation paraît éteinte. Aucun incident. Sort en septembre 1957 pour aller travailler au Havre. Rentre en mars 58, n'ayant pu être embauché comme il l'avait espéré. Il revient dans la région d'Ainay-le-Château où il espère trouver un emploi mais ses ressources diminuent et il demande à être admis à nouveau à la Colonie. On constate que le délire d'interprétation persiste mais sans réactions marquées. Il se manifeste davantage par son hypocondrie ; comportement actuellement très calme.

Traitement : Chlorpromazine 100 mg, Méthylcarbamate 300 mg.

Observation 25. — F... F..., né en 1903 - P.O.

Chauffeur machiniste. Placé d'office en 1934 pour érotomanie avec syndrome d'automatisme mental. Réactions violentes envers sa femme. Menaces avec revolver. Transféré à Ainay-le-Château en février 1937, dût être envoyé en 1945 à Chezal-Benoît car il se conduisait en meneur en incitant les malades à refuser tout travail. A ce moment-là, l'activité délirante érotomaniaque s'était à peu près entièrement éteinte et avait fait place à un syndrome d'influence. Revient à la Colonie familiale en 1953 et peut être considéré comme

un délirant hallucinatoire systématisé à thème d'influence. Depuis son retour, il a, malgré l'activité de son délire, un comportement calme ; il passe toutes ses journées à la pêche. Pas d'incident au placement ; seulement une période d'exacerbation du délire en 1959 avec lettres adressées au Procureur alors qu'il était question pour lui de sortie.

Traitement : Chlorpromazine 150 mg.

Observation 26. — D... H..., né en 1901 - Marié - P.O.

Interné en juillet 1936 pour déséquilibre mental. Alcoolisme chronique. Troubles de l'humeur et du caractère. Idées délirantes de jalousie. Réactions agressives, frappe sa femme, menace avec un revolver. Episodes dépressifs, idées d'influence. Transféré à Ainay-le-Château en janvier 1948. Peu après son arrivée se montre fréquemment agressif. Travaille chez un médecin (fait le ménage, s'occupe des enfants) où il donne entière satisfaction. A toujours eu une conduite irréprochable, pas d'excès alcooliques. N'a jamais changé de placement. Cependant ne peut être considéré comme guéri car il existe actuellement des phénomènes d'influence, une persistance possible des idées de jalousie et, manifestement, le malade est réticent. De plus, son comportement ancien ne permet pas d'insister auprès de sa femme pour qu'elle le reprenne, ce qu'elle ne désire pas.

Observation 27. — S... A..., né en 1901 - P.O.

Employé de bureau. Célibataire. Entré d'office en H. P. en mars 1956 pour une psychose hallucinatoire chronique à thème de persécution. Il s'agit d'un arriéré affectif psychasthénique dont les troubles ont été exacerbés à la mort de sa mère avec laquelle il vivait. Transféré à la Colonie familiale en juin 1957. Des poussées d'exacerbation du délire ont entraîné des périodes de refus alimentaire qui, fort heureusement ont cédé assez rapidement aux thérapeutiques. Le délire paraît freiné mais la conviction inébranlable des faits passés persiste toujours. Les refus alimentaires deviennent plus rares. La nourricière fait partie quelquefois de son délire mais il n'a jamais eu de réaction agressive. Docile dans l'ensemble, il est renfermé et complètement apragmatique. Une permission pour aller chez une parente a pu lui être récemment accordée.

Traitement : Fluorobutyrophénone 3 mg. Chlorpromazine 200 mg.

Observation 28. — G... M..., né en 1901 - P.O.

Interné d'office à l'H.P. d'Aix en mai 1940. Transféré à Ainay-le-Château en avril 1951. Présente une paraphrénie. « Il a de vagues souvenirs de la création du monde. Il a entrevu Louis XIV, Louis XV, Napoléon ». « Sa femme est reine de France », etc... Végétarisme. Travaille depuis longtemps au ménage du pavillon hospitalier. C'est

un travailleur acharné, consciencieux, très propre, infatigable, peu bavard, toujours souriant et prêt à rendre service. Pourtant les propos délirants reparaissent à l'interrogatoire du médecin. « Il est passé à la guillotine, etc... » Mais il ne s'entretient guère avec d'autres personnes.

Traitement : Chlorpromazine 50 mg.

— **Echecs :**

Observation 29. — **K...**, *né en 1909.*

Médecin, célibataire. Juif polonais, a subi de ce fait de nombreuses vicissitudes lors de la guerre 39-44 alors qu'il vivait à Cracovie ; exerça quelque temps la médecine en Pologne ; se trouve à Budapest lors de l'entrée des troupes soviétiques dans cette ville et commence à ce moment un délire d'influence à thème de persécution. Vint en France en 1947 ; son délire continue et s'enrichit. « Il est soumis aux rayons B à fin de narco-analyse et ensuite de téléradiothérapie thérapeutique ».

Fait plusieurs séjours dans divers H.P. à partir de 1950 et arrive à la Colonie familiale en janvier 1959. Son adaptation est complexe, ne récrimine jamais, est très poli, courtois, discret et serviable ; mais veut une chambre pour lui tout seul et ne fréquente pas d'autres malades ; ne veut pas d'autre moyen de chauffage qu'un radiateur électrique dont il s'offre à couvrir les frais, ce qui est contraire aux règles de l'établissement.

En dépit des cures neuroplégiques, le délire reste très vivace, sthénique et semble chargé de potentiel d'action. Le malade, ayant intégré dans son délire les médecins qu'il considère comme des persécuteurs, a dû être transféré en service fermé en octobre 1960.

— **Réussite :**

Observation 30. . . M... E..., né en 1908.

Secrétaire au Ministère de l'Industrie et du Commerce. Célibataire. Licencié en droit. Interné en 41 et 45 à Tunis. Réinterné d'office à Sainte-Anne en mai 1948 pour psychose hallucinatoire à thème de persécution, peu systématisé. Réactions bruyantes et un peu scandaleuses. Psychorigidité. Transféré à Ainay-le-Château en mars 1960. Les phénomènes psychosensoriels sont améliorés par les traitements neuroleptiques, mais persistance de la conviction délirante. Bonne conservation du fond mental. Ne fait pas de difficultés dans ses placements sauf pour suivre son traitement, ce qui oblige à lui administrer ses médicaments au pavillon hospitalier. Il est assez solitaire, renfermé, ne fréquente personne. Il devient secrétaire de l'Assistante sociale. Travail très satisfaisant. A noter cependant une réactivation

du thème délirant rapidement atténuée par taitement. Le comportement d'ensemble permet de tenter une sortie qu'il désire ardemment. Rentre comme secrétaire dans un collège des environs où il donne entière satisfaction.

4. - ETATS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL ET SYNDROMES PREDEMENTIELS :

Ces malades trouvent à la Colonie un niveau d'adaptation en rapport avec leurs possibilités. Les déments séniles, affaiblis organiques, artério-scléreux, apprécient en général leur séjour en placement familial. Ils exercent souvent une petite activité et s'attachent à leurs habitudes.

Contrairement à l'opinion pessimiste qui avait cours autrefois, les paralytiques généraux s'adaptent à ce mode d'assistance. Ils sont suivis chaque année au point de vue clinique et biologique et traités en conséquence.

— Adaptations au placement familial :

Observation 31. — T... P..., né en 1897 - P.O.

Livreur, est hospitalisé en 1952 à la suite d'un épisode dépressif avec tentative de suicide. A présenté à la suite de l'internement de sa femme une déchéance sociale progressive. Après sédation de l'épisode aigu initial est transféré à la Colonie familiale. On note, outre des signes d'insuffisance hépatique (alcoolisme antérieur) un syndrome d'affaiblissement intellectuel d'origine artériopathique : dymnésie, aprosexie, idéation pauvre, idées délirantes hypocondriaques entrecoupées par intermittence d'épisode d'excitation avec expansivité et euphorie. Hypertension artérielle. Troubles cardio-vasculaires. Bien adapté au placement familial. Petite activité.

Observation 32. — P... C..., 85 ans - P.O.

Tailleur de pierres : vivait en concubinage. Hospitalisé à Sainte-Anne en 1939 pour état dépressif et tentative de suicide par arme à feu (il dût subir de ce fait l'énucléation de l'œil gauche). Est admis à la Colonie en 1941 : présente un affaiblissement présénile sur un fond de type neurasthétique. Sur le plan somatique, on note des troubles cardiovasculaires et de l'hypertension artérielle. Suivi régulièrement au point de vue cardiovasculaire (ischémie myocardique) s'est très bien adapté au placement familial.

Observation 33. — S..., né en 1896 - P.O.

Clochard alcoolique, sans famille. Admis à Sainte-Anne en 1957 pour épisode confusionnel. Transféré à la Colonie familiale en 1960,

le malade présente des gros troubles mnésiques et du jugement, des idées de persécution et de préjudice et des séquelles d'ictus accompagnées de troubles moteurs. Nous remarquons en outre une indifférence, une asthénie, une abasie et un tremblement généralisé sénile.

Traitement : solurutine, heptanyl, hydergine, théralène.

Adaptation médiocre au placement familial.

Observation 34. — P... M..., 60 ans - P.V.

Hospitalisé à Sainte-Anne en 1934. Ce malade contracta une encéphalite en 1922 ; huit années plus tard apparaît un syndrome parkinsonien typique accompagné de troubles du caractère et de tendances perverses. Nouvelles hospitalisation en 1935 à la suite de délinquance. Le malade a un fond mental bien conservé mais présente de graves troubles du comportement à type impulsif. Transféré à Ainay-le-Château en 1936, il sera déclaré sortant en 1938 à la suite d'une fugue impulsive. Se fait réadmettre spontanément la même année. Quelques tentatives de sortie se solderont toujours par un échec. Les antécédents sont marqués par plusieurs phases dépressives. Il présente en 1942 un épisode délirant anxieux qui le pousse à une nouvelle fugue impulsive. Réadmis à la Colonie en 1943, il occupe les fonctions de bibliothécaire à l'établissement. Il fera plus tard la comptabilité du pharmacien du pays. Maintenant très bien adapté au placement familial il se trouve depuis plus de quinze ans dans la même famille nourricière. Depuis sa dernière admission, ce malade n'a présenté ni impulsions, ni réactions. Il se présente essentiellement comme un parkinsonien avec des troubles trophiques des extrêmités des membres supérieurs.

Observation 35. — L.-S... M..., 62 ans - P.V.

Célibataire. Gardien de la paix.

En 1948 présente une méningo-encéphalite fébrile suivie un an plus tard d'une bouffée délirante. Une amélioration rapide de l'état permet une reprise des activités professionnelles. En 1955, rechute nécessitant une hospitalisation à Sainte-Anne. Le malade est alors admis pour épisode dépressif. Transféré en 1959 à la Colonie familiale, il est régulièrement traité par extrait thyroïdien et sterandryl-retard pour un syndrome myxœdémateux dû à un panhypopituitarisme post-encéphalitique. Au point de vue mental, on note une bradyphrénie, une bradykinésie, un affaiblissement intellectuel avec indifférence et apragmatisme.

Placé chez un infirmier d'une annexe, ce malade, incapable de reprendre une activité professionnelle, bénéficie de l'assistance en milieu familial.

Observation 36. — L... G..., 28 ans - P.V.

Présente une paralysie générale juvénile ayant débuté entre 12 et 13 ans. Déjà traité à Vaucluse, sorti en 1949, a dû être réadmis à Sainte-Anne en 1950 à la suite de réactions antisociales (vols, en particulier). Les parents ont opté pour l'assistance en milieu familial. Transféré à la colonie, va régulièrement en permission dans sa famille. Ce malade présente une régression intellectuelle avec indifférence et inactivité, subexcitation permanente, réactions caractérielles. Dysarthrie accentuée. Peu de signes neurologiques en dehors de la mydriase et du signe d'Argyll. Depuis son admission, a présenté des crises de type grand mal ; l'E.E.G. montre un tracé dysrythmique et perturbé dans son ensemble.

A dû être changé plusieurs fois de placement à la suite de chapardages. Travailleur au début, semble évoluer vers un état démentiel malgré le traitement (aparoxal, Dihydan, Largactil, Pénicilline, cyanure, Bivatol).

Adaptation bonne au début, médiocre actuellement.

Observation 37. — L... R..., 61 ans - P.V.

Ouvrier qualifié dans une usine de tôlerie. Présente en 1929 un chancre syphilitique. Ne suit pas de traitement régulier ; est hospitalisé en 1953. Episode de type dépressif ; tristesse, découragement, asthénie, aboulie. Pas d'idées de suicide mais préoccupations hypocondriaques. Traité par E.C., reprend son activité professionnelle. En 1954 doit être à nouveau hospitalisé pour deuxième épisode dépressif ; le malade, complètement absorbé par ses idées hypocondriaques, est incapable de rendement dans son travail et trouve refuge dans la maladie. Il est transféré après sa troisième hospitalisation à Ainay-le-Château. Les réactions sérologiques sont toutes positives dans le sang et le LCR. Les préoccupations hypocondriaques sont majeures : « demande si sa verge est normale, si son sexe est normal... ». Le malade est euphorique, mégalomane : « Il a beaucoup d'argent à toucher ». « Il sert d'intermédiaire entre le ciel et la terre ». Son fonds mental est affaibli avec perte de l'autocritique et inconscience de l'état actuel. On note un tremblement généralisé, une dysarthrie, une hypotonie du facies, un achoppement.

Bien adapté au placement familial, son activité est réduite.

Suivi régulièrement au point de vue clinique et paraclinique, le malade a eu pour traitement une cure de Bivatol chaque année. Son état reste stationnaire.

Observation 38. — P... P..., 68 ans - P.V.

Comptable, marié en 1920, divorcé trois mois plus tard. Contracte la syphilis en 1929. Est traité précocement et de façon suivie (cures successives jusqu'à négativation des réactions sérologiques).

En 1935, acte impulsif ayant à sa base des idées de jalousie ; frappe un collègue de bureau. Est traité à nouveau, les réactions étant redevenues positives. Reçoit plusieurs cures de bismuth entre 1936 et 1939.

En 1934, est hospitalisé (P.O.) à Sainte-Anne : comptable dans une entreprise de transports, est arrêté pour escroquerie (détournement de fonds, 306.000 francs de l'époque en 18 mois). Ce malade présente un affaiblissement psychique avec perte de l'autocritique et des sentiments moraux. Euphorie. Prodigalité. Dépenses inconsidérées.

Au point de vue somatique : tableau de P.G. tabes. Traité par malariathérapie en 1943. On note une nette amélioration de l'état. Travaille à Sainte-Anne (aide aux écritures). Le P.O. est transformé en P.V. et le malade transféré à Ainay en 1950. Très bonne adaptation au placement familial.

Actuellement réactions sérologiques positives. Traité par cures régulières de Bivatol, Stovarsol. Affaiblissement intellectuel peu marqué mais sur le plan mental : euphorisme, fabulation et mégalomanie. Aréflexie ostéotendineuse des membres inférieurs. Troubles de la sensibilité profonde. Abolition du réflexe photomoteur. Persistance des signes de syphilis médullaire.

Travaille aux écritures du Secrétariat médical. Son activité donne entière satisfaction.

Observation 39. — C..., 61 ans - P.V.

Chauffeur, marié. Hospitalisé en 1937 ; présente une paralysie générale progressive avec affaiblissement intellectuel, diminution des fonctions de synthèse. Inattention, désordre des actes. Amélioré après malariathérapie, est transféré en 1938 à la Colonie familiale. Le malade est incapable de mener une vie autonome, mais son état mental ne s'est pas aggravé et il s'est parfaitement adapté. A présenté en 1957 un mal perforant plantaire.

Suivi régulièrement (sang, LCR examen clinique); reçoit chaque année une cure de consolidation en liaison avec les résultats fournis par le laboratoire : Pénicilline, Bivatol.

Activité réduite mais positive.

5. - L'ALCOOLISME :

Les alcooliques chroniques sont souvent de bons pensionnaires, à la condition toutefois que soit exercée à leur encontre une surveillance continue. Les causes socio-professionnelles sont le plus souvent l'élément déterminant de la nécessité de leur assistance. Certains de ces malades entrent dans le classement des affaiblissements secon-

daires. Le terrain sur lequel apparaît l'alcoolisme a une grande importance sur le déterminisme de leur appétence et sur les réactions que peuvent présenter les malades qui sont des déséquilibrés, des pervers, des cyclothymiques, etc... La facilité à se procurer de l'alcool soulève de grosses difficultés pour le maintien de ces sujets dans de bonnes conditions en même temps qu'elle constitue une tentation et un plaisir faciles pour beaucoup d'autres pensionnaires.

— **Adaptations au placement familial :**

Observation 40. — L.-F... L..., né en 1916 - P.V.

Manœuvre, célibataire. Après avoir subi (1954 et 56) des cures de désintoxication en services libres, est interné en 1958 pour alcoolisme chronique qui remonte à l'enfance sur fonds névrotique. C'est un déséquilibré socialement déchu. Il vient à la Colonie familiale peu après. Il présente par ailleurs un emphysème pulmonaire avec retentissement cardiaque ce qui ne lui permet pas d'effectuer un travail suivi. Il n'a fait aucune récidive toxique depuis son arrivée ; par contre, au début de 1960 s'est déclenché un état d'excitation délirant mystico-mégalomaniaque qui n'a que partiellement cédé aux traitements qui se poursuivent toujours.

Il s'adapte au placement familial cependant.

Observation 41. — M... P..., né en 1895 - P.V.

Retraité de l'armée. C'est un alcoolique chronique qui fait en 1951, à la suite du décès de son amie, un état confusionnel ; interné d'office. Transféré à la Colonie familiale en septembre 1953. Il sort en mars 1954 par suite d'un comportement satisfaisant mais revient en autoplacement en mai 1955. Il n'a pu, étant donné son âge, trouver un emploi stable et adapté à ses capacités. Depuis lors, il fait régulièrement le ménage chez un médecin. N'a pas changé de placement, s'est bien adapté. Une surveillance étroite de ses velléités d'éthylisme est nécessaire.

Traitement : Disulfirame 50 cg.

Observation 42. — D... L..., né en 1922 - P.V.

Jockey, séparé de sa femme. Interné en mars 1956 (mais notion de deux séjours antérieurs en H.P. dont on ignore les dates). Transféré aussitôt à Ainay-le-Château. C'est un alcoolique chronique à fonds mental fruste avec déchéance sociale. S'adapte bien et sort en janvier 1956. Revient en auto-placement en septembre 1957 car n'a pu trouver de travail. Depuis son retour n'a pas fait le moindre excès alcoolique et n'a nécessité de soins hospitaliers que pour un ulcère gastrique. Il est très stable en placement et travaille régulièrement depuis longtemps au ménage du pavillon hospitalier. Une

sortie pourrait être envisagée mais se heurte à deux obstacles majeurs : l'absence de soutien familial et la difficulté de réadaptation professionnelle.

Observation 43. — R... M..., né en 1904 - P.V.

Couvreur, divorcé. Est interné une première fois à Sainte-Anne pour épisode subaigu sur fonds d'alcoolisme chronique. Fonds paranoïaque et mauvaise foi. Il est transféré à Ainay en 1957, fait quelques tentatives pour boire ce qui entraîne plusieurs traitements à l'Espéral, après désintoxication.

A toujours travaillé ; d'abord chez un fabriquant de meubles puis au jardin de l'établissement. Une certaine instabilité en placement due à son caractère récriminateur. Présente en janvier 1961 une hémorragie méningée qui, bien que n'ayant pas laissé de séquelles sensitivo-motrices, a contribué à accroître son déficit intellectuel A pu reprendre son activité au jardin.

— **Echec :**

Observation 44. — G... R..., - né en 1902.

Tourbier. Marié. Alcoolisme chronique avec déchéance professionnelle et sociale, et réactions dépressives. Interné d'office en août 1954 (notion de deux internements antérieurs dont un à la suite d'une tentative de suicide). S'est présenté de lui-même au commissariat. Transfert à Ainay-le-Château en mars 1955. Fait le ménage d'abord chez un membre du personnel puis chez ses nourriciers ; refuse finalement de travailler. Boit clandestinement malgré les cures de désintoxication et se montre de très mauvaise foi. Assez instable, change souvent de placement. En janvier 1957 est fortement soupçonné d'être l'auteur d'un vol d'argent assez important ; est transféré.

— **Réussite :**

Observation 45. — G... R..., - né en 1907.

Divorcé. Mécanicien. Interné en novembre 1953 pour accès éthylique subaigu sur fond d'alcoolisme chronique. Déchéance sociale progressive depuis son retour de captivité. Engagement dans la Légion étrangère en 1947. Transféré en mars 1954 à Ainay-le-Château.

Nécessité de cures de désintoxication et de traitement à l'Espéral à plusieurs reprises. Fait le ménage dans les locaux de l'infirmerie. Comportement calme, sociable. Aucun incident en placement. Après un essai de congé de travail, ses employeurs, très satisfaits de lui, demandent sa sortie qui lui est accordée en février 1960.

6. - EPILEPSIE :

Elle était autrefois — et encore aujourd'hui dans certains pays — une contre-indication absolue. L'introduction des anticomitiaux et des médications à visée diencéphalique a permis de faire considérer le placement familial comme une formule d'assistance extra-hospitalière intéressante pour les épileptiques. Un mode de vie plus calme et équilibré, une surveillance médicale active et continue permettent dans de bonnes proportions l'adaptation de ces malades dont les crises diminuent de fréquence. Les formes à prédominance motrice s'adaptent mieux que les formes à symptomatologie essentiellement psychique, surtout lorsque ces dernières s'accompagnent d'appoint éthylique. Lorsque l'alcoolisme se surajoute à l'épilepsie, on peut considérer qu'une tentative de placement familial aboutira presque toujours à un échec.

Pour les épileptiques au seuil bas « le placement familial dans un climat social neutre, aux motifs de conflits réduits, apporte un facteur de stabilisation en soustrayant les malades aux stimuli et stress de toutes sortes, et rend plus efficace la thérapeutique ».

— Adaptations au placement familial :

Observation 46. — V... R..., né en 1938 - P.V.

Sans profession. Célibataire. Interné en 1958 pour épilepsie, débilité intellectuelle, instabilité et incapacité professionnelle. Inadaptabilité sociale. Avait antérieurement séjourné de 1952 à 1958 à Perray-Vaucluse.

Les crises épileptiques sont rares grâce au traitement. Les premiers temps, change souvent de placement pour des motifs futiles : aggressivité envers d'autres malades, sans-gêne. Très indiscipliné, sort fréquemment la nuit. Travaille nonchalamment et irrégulièrement mais récrimine contre ses employeurs qui, dit-il, lui donnent un salaire insuffisant.

Cependant une nette amélioration se manifeste progressivement depuis qu'il a changé de placement (voici trois ans).

Traitement : Phénobarbital 10 cg, Prométhazine 25 mg, Chloropropionamide 99 cg.

Observation 47. — U... A..., né en 1905 - P.O.

Sans profession. Interné d'office à Sainte-Anne en avril 1938 pour épilepsie convulsive et psychique sur fond de débilité mentale avec troubles graves du caractère et réactions agressives à l'égard d'une voisine. Est épileptique depuis l'âge de neuf ans. A été condamné trois fois pour délits mineurs. Une tuberculose pulmonaire provoque son transfert à Chezal-Benoît en 1943, d'où il se fait ren-

voyer pour avoir incité ses camarades à s'insurger contre les règles de l'établissement. L'hôpital de Vaucluse ne peut le garder et le fait transférer à Villejuif. Les troubles du caractère s'améliorant il revient à Chezal-Benoît qui le renvoie à nouveau à Villejuif. Les crises comitiales sont rares mais il présente fréquemment dans ce dernier hôpital des bouffées confusionnelles avec accès dépresssifs au cours desquels il tenta deux fois de se suicider.

Transféré à Ainay-le-Château en 1956. Pendant près de deux ans, l'adaptation est assez médiocre, change souvent de placement ; à peu près inactif, récriminateur, conflits avec d'autres pensionnaires. Cependant, aucun incident majeur. Il travaille ensuite au jardin de l'établissement et à partir de ce moment-là son comportement se stabilise. Bonne entente avec ses camarades de travail. Les crises convulsives sont rares et il ne présente plus de bouffées confusionnelles.

Traitement : Phénobarbital 20 cg.

Observation 48. — P... A..., né en 1919 - P.O.

Cantonnier. Célibataire. Epileptique depuis l'âge de dix ans Interné d'office en 1950 pour comitialité sur fond d'alcoolisme chronique avec troubles graves du caractère : hostilité à l'égard de la famille, impulsivité, violences, malignité, mythomanie, psycho-rigidité, scandales.

Opéré d'un méningocèle occipital.

Transféré à la Colonie familiale en juillet 1956. Les crises sont jugulées par le traitement. Au début de son séjour, contracte de mauvaises fréquentations dans le pays et écrit des lettres mythomaniaques et récriminatoires à des hautes personnalités. Doit être changé de secteur et reste depuis dans la même famille. Quelques manifestations mineures de sa psycho-rigidité et de sa malignité apparaissent de temps à autre. Une seule ivresse à signaler. Travaille régulièrement chez ses nourriciers.

Traitement : Phénobarbital 25 cg, Chloropropionamide 66 cg.

Observation 49. — D... Y..., né en 1932 - P.V.

Célibataire. Sans profession. Comitialité depuis l'âge de trois ans sous forme de crises généralisées mais se raréfiant sous l'influence des traitements. Le fond mental est frustre ; présente en outre une mentalité épileptique typique : viscosité, obséquiosité. Foyer dissocié : seul son père s'intéresse à lui pendant son enfance mais travaille au Dahomey.

Interné en 1947 à l'hôpital psychiatrique de Berrechid (Maroc). Transféré à la Colonie, regrette au début d'avoir quitté Berrechid où il travaillait, était connu de tous et se considérait de ce fait

comme un personnage important. Cherche à conquérir ici une position analogue ; fait le ménage chez un membre du personnel tout en rendant quelques menus services au bar de l'établissement où il travaillera ensuite exclusivement.

Le comportement en placement n'offre aucune particularité.

Deux tentatives de sortie ont été faites ; l'une en août 1958 comme homme toutes mains dans un hôtel mais une crise entraîne une blessure du cuir chevelu qui nécessite une hospitalisation de quelques jours ; ses employeurs ne veulent pas le reprendre. L'essai a duré deux mois. Le deuxième échec (mêmes activités dans un autre hôtel) est plus rapide encore puisque, sorti le 4 avril 1961, il est réintégré le 17 avril (se montrait hypocondriaque et récriminateur).

Traitement : Phénobarbital 30 cg, Diphénylhydantoine 20 cg.

— **Echec :**

Observation 50. — A... P..., né en 1923.

Célibataire. Sans profession. Arriéré intellectuel épileptique. Interné en janvier 1950. Transféré à la Colonie familiale en juillet 50.

Jusqu'en 1960, incidents mineurs : quelques manifestations caractérielles, petites querelles avec ses camarades, insolences envers la nourricière. Ne présente plus de crises mais surtout des équivalents à forme de vertiges. A noter un état de mal en 1958. L'E.E.G. est très altéré.

A partir de 1960, les crises deviennent beaucoup plus fréquentes et les troubles caractériels s'aggravent ; devient impulsif, coléreux, très instable, récriminateur. Alors qu'il était resté huit ans dans le même placement, change cinq fois de famille nourricière en l'espace d'un an et finit un jour par menacer des enfants avec une hache, d'où son transfert en service fermé.

— **Réussite :**

Observation 51. — C... L..., né en 1921 - P.O.

Célibataire. Ajusteur. La comitialité qui relève d'une étiologie traumatique a débuté à seize ans. Placement d'office en avril 1952 pour état confusionnel consécutif à un état de mal épileptique.

Après sédation de l'état confusionnel et stabilisation de la comitialité, le malade est transféré à la Colonie familiale en octobre 1952 ; ne s'adapte pas : oppositionnisme, agressivité, menaces ; doit être transféré à Chezal-Benoît en janvier 1953. Revient à la Colonie familiale en février 1956 ; prend régulièrement son traitement, n'a

ni crises ni vertiges, son comportement est normalisé. Calme au placement.

Traitement : Phénobarbital 20 cg, Phénacètylurée 60 cg.

Sortie accordée en octobre 1961.

7. - PSYCHOSES MANIACO-DEPRESSIVES :

Certains périodiques réclament une assistance permanente. La trop grande versatilité de leur humeur, la fréquence des rechutes les difficultés de reclassement tant professionnel que social, l'association parfois à une symptomatologie plus riche — délire, éthylisme, déséquilibre — ou à un affaiblissement intellectuel, font du placement en milieu familial une solution d'assistance satisfaisante.

— Adaptations au placement familial :

Observation 52. — M... P..., né en 1894 - P.O.

Magasinier. Divorcé. Atteint de psychose périodique depuis l'âge de seize ans. Interné en 1952, d'office, pour accès maniaque. Septième internement.

Transféré à Ainay-le-Château un mois après. Pendant son séjour a présenté quelques accès maniaques rapidement jugulés par le traitement. Fait le ménage chez des particuliers. Des périodes de calme assez prolongées permettent de le faire sortir à trois reprises mais ne trouve pas de travail à Paris en raison de son âge. La troisième fois, un emploi lui est procuré dans le pays : c'est un accès maniaque qui provoque sa réintégration, en 1958. Travaille à nouveau quelque temps mais l'âge et les rhumatismes le contraignent à une vie inactive. Il n'est pas totalement dépourvu d'argent grâce à un acompte régulier de sa pension d'invalidité qui lui est versé sous forme de « dépôt douceurs » par l'administration des Biens des Malades Mentaux.

S'est très bien adapté à ce mode de vie.

Traitement : Chlorpromazine 300 mg.

Observation 53. — M... J..., né en 1921 - P.V.

En septembre 1953, est conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt pour vagabondage et port d'armes illégal ; en état d'excitation maniaque, faisait du camping dans les rues de Paris après avoir quitté le domicile de ses parents. Interné à Sainte-Anne (notion de quatre internements antérieurs, de deux à trois mois chacun, pour accès d'excitation et syndrome mélancolique avec tentative d'autolyse ; entre temps, employé comme journaliste par un petit hebdomadaire

dirigé par son beau-père). Milieu familial dissocié, parents divorcés ; fils unique élevé par sa mère, mais ne s'entend pas avec son beau-père. Transféré en 1955 à la Colonie familiale.

Ce malade habituellement hypomane est très difficile à équilibrer ; se présente soit comme un hypomane soit comme un dépressif. En 1955, début d'un accès maniaque au cours duquel il visite quelques habitants du pays pour leur proposer de créer un journal. En 1955, autre accès : veut diriger l'ergothérapie, fait des dépenses exagérées, élève des animaux (chiens, chats, cobayes). - 1958 : début d'un accès dépressif. - 1959 : début d'un accès maniaque, fait une fugue. - 1961 : nouvel accès maniaque à la fois euphorique et caustique ; emprunte un vélomoteur et fait une chute. Ne présente pas d'affaiblissement intellectuel. Deux tentatives de réinsertion sociale et professionnelle dans l'imprimerie échouent du fait de ses connaissances techniques insuffisantes. En raison d'un équilibre de l'humeur difficile à obtenir, de la fréquence des accès, du manque de formation professionnelle, il est difficile de trouver à ce malade une sortie dans de bonnes conditions.

A été traité par E.C.

Actuellement neuroplégique : Chlorpromazine 300 mg.

Observation 54. — né en 1917 - P.O. .

Mécanicien. Placé d'office à Sainte-Anne en août 1935 pour psychose maniaco-dépressive sur fond de déséquilibre psychique. Notion de tentative de suicide. Arrestation pour vol de linge (plusieurs internements antérieurs et un séjour à Ainay-le-Château).

Transféré à la Colonie familiale en octobre 1953. Son comportement étant satisfaisant et son séjour s'effectuant sans incidents, une sortie est accordée en avril 1955 mais il revient cinq jours après en plein accès maniaque. Depuis a présenté plusieurs accès, tantôt maniaques, tantôt mixtes, tantôt dépressifs. Dans l'intervalle des crises, son comportement est satisfaisant. Travaille à la reliure et fait de petits travaux d'électricité à son compte dans le pays. Il lui arrive de changer de placement, le plus souvent à la suite d'un accès maniaco-dépressif.

Traitement : Lévomepromazine 150 mg.

— **Echec :**

Observation 55. — B... A..., né en 1903.

Architecte. Divorcé. Interné en février 1956 pour déséquilibre mental ancien - déchéance sociale, accès hypomaniaque, condamnations pour émission de chèques sans provision et escroqueries.

Transféré à Ainay-le-Château en mars 1956. Pendant son séjour quelques accès d'excitation nécessitent des soins à l'infirmerie ; entre

temps, il réussit grâce à son esprit entreprenant à se faire une place dans le pays. Travaille aussi pour des architectes mais fait divers petits négoces plus ou moins honnêtes, abuse même certaines personnes du pays à qui il fait bonne impression ; fait des dettes ; se fait prêter un local dans un bourg voisin et essaie de créer une organisation de jeunes gens aux activités douteuses. Au cours d'un accès d'excitation, provoque la chute d'un jeune garçon dans un canal. En outre, refuse les traitements ou emploie des ruses pour s'y soustraire. Un tel comportement impose son transfert en service fermé.

8. - ETAT DE DESEQUILIBRE MENTAL :

L'âge, le niveau intellectuel, les tendances antisociales ou perverses, le fonds plus ou moins paranoïaque de ces malades en font autant de « cas particuliers ». Si la Colonie joue un rôle de refuge pour des malades âgés, si les conditions de milieu sont satisfaisantes pour des malades au fonds frustre, les malades jeunes particulièrement sthéniques et instables ne trouveront pas dans le cadre de l'organisation actuelle de la Colonie l'encadrement suffisant pour orienter leur activité.

— Adaptations au placement familial :

Observation 56. — L... M...., né en 1930 - P.V.

Célibataire. Garçon de service. Placé comme volontaire direct en février 1955 pour déséquilibre mental, comportement névrotique, tendances dépressives.

Il est instable, insolent, récriminateur, agressif parfois. Travaille tantôt chez un meunier, tantôt chez un maçon. Fait un épisode dépressif en juin 1959 ; s'améliore avec traitement. Récidive au début de 1960 ; amélioration encore après traitement. Depuis, son comportement n'a pas entraîné d'incident. Il travaille régulièrement dans une entreprise de béton.

Traitement : Chlorpromazine 150 mg.

Observation 57. — E... L..., né en 1909 - P.O.

Sans profession. Déséquilibré mental avec tendances psychasthéniques ; premier internement en 1936 ; transféré à la Colonie familiale pour la deuxième fois en juillet 1954 en provenance de Sainte-Anne où il est entré en 1947 (P.O.)

Manifeste au début de son séjour quelques troubles caractériels avec brutalités à l'égard de ses camarades de placement. Depuis,

aucun incident à signaler ; c'est un sujet tranquille, peu actif, acceptant volontiers cette situation et incapable d'insertion sociale.

Observation 59. — R... J...-P..., né en 1925 - P.V.

Sans profession. Célibataire. Volontaire direct à Ainay-le-Château en septembre 1953. C'est un déséquilibré mental débile, instable, au caractère difficile. Change souvent de placement. Fond cyclothymique se traduisant par de courts épisodes d'hypomanie ou de dépression légère.

Sa mère s'occupe de lui, vient le voir et le reçoit souvent en permission. Est assez travailleur mais — il le reconnaît — d'un rendement médiocre. Ne sait pas ce qu'il aimerait faire ; a surtout aidé aux travaux agricoles, ce qui ne le satisfait pas mais ne sait pas ce qui lui conviendrait.

A fait une fugue assez récemment.

Traitement : Chlorpromazine 100 mg, Methylpropyldicarbamate 800 mg.

— **Echec :**

Observation 59. — L... P..., né en 1935 - P.O.

Célibataire. Sans profession. Interné d'office en septembre 1960 à la suite d'un épisode excitomoteur crépusculaire.

C'est un débile mental, instable, déséquilibré, mythomane qui présente depuis deux ans des crises à caractère hystérique et clastique — EEG normal — Se livre en outre à des excès éthyliques.

Ancien pupille de l'A.P. — notion d'un passé instable, voire même de délinquance — Dès l'arrivée à la Colonie, se montre « forte tête » ; un placement en milieu familial est cependant tenté. Un incident ne tarde pas à éclater qui donne la mesure de ses troubles caractériels : accusé de vol par un autre pensionnaire (la culpabilité n'est pas prouvée) il éclate en si violentes menaces que son retour dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne doit être envisagé.

— **Réussite :**

Observation 60. — L'... R..., né en 1931.

Séjour d'un an à Villejuif pour état dépressif avec tentative de suicide. Transféré à la Colonie familiale en mai 1956. Il s'agit d'un déséquilibré et débile mental léger - Désadaptation sociale, sans travail ni domicile — Passé délictueux - excès éthyliques épisodiques.

Adaptation relative, avec fréquents changements de placement. Travaille dans une ferme avec ses nourriciers mais ne s'entend pas avec eux au sujet de son salaire ; ne se lie pas avec d'autres pensionnaires.

Tentative de sortie en avril 1957 ; revient en 1960 à la Colonie familiale lors d'un transfert de malades en provenance de Vaucluse où il fut interné pour les mêmes motifs qu'en 1956.

Nouvelle adaptation au placement familial du même ordre que la première : quelques incidents peu graves. Un ancien employeur accepte de le reprendre. Il sort en avril 1961.

9. - ETATS NEVROPATHIQUES :

Dans les cas relativement rares où l'état mental de ces sujets nécessite une tutelle continue et où le retour du malade à la vie normale est impossible à réaliser, la Colonie familiale, telle qu'elle est actuellement, n'offre que peu d'intérêt ; ces sujets réclament de leur entourage un effort psychologique trop important et le pourcentage de bonne adaptation est très faible.

— Adaptation au placement familial :

Observation 61. — L.L... E..., né en 1913 - P.V.

Célibataire. Autoplacement direct. Présente un état dépressif névrotique. A fait une tentative récente de suicide par barbiturique. Etat assez stationnaire en dépit des traitements ; anxieux, s'auto-analyse continuellement. Préoccupations hypocondriaques majeures.

Mène toutefois une vie régulière, tranquille. Stable en placement. S'occupe de façon assidue à l'atelier de reliure.

Traitement : Levomepromazine, Imipramine.

— Echec :

Observation 62. — J... A..., né en 1919.

Célibataire. Confectionneur. Interné pour la septième fois en juin 1959. Psychonévrose anxieuse sur fond de déséquilibre - homosexualité - arriération affective - récriminations théâtrales - tendance au chantage - accès éthyliques épisodiques - déchéance sociale - violences à l'égard de sa mère.

Transféré à Ainay-le-Château en septembre 1960. Dès son arrivée se montre récriminateur, agressif et anxieux. Déclare qu'il ne restera pas à la Colonie. Les traitements agissent médiocrement. Une tentative de placement est faite cependant ; il n'offre pas de difficultés chez les nourriciers mais ne cherche pas à s'occuper. Passe son temps à l'établissement, errant à la recherche d'un médecin pour lui exprimer ses doléances ; se présente à chaque consultation, menace de se suicider, écrit lettres sur lettres.

Son comportement finit par imposer son transfert.

Remarques sur la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château

Incidents et accidents :

Compte tenu de l'importance de la population traitée et de la grande liberté laissée aux pensionnaires, l'expérience de soixante années de fonctionnement nous autorise à considérer ces faits comme négligeables ; toutefois, le choix des malades destinés à bénéficier de l'assistance familiale sera fait avec plus de prudence lorsqu'il portera sur des psychopathes hommes dont la violence et l'impulsivité (surtout lorsqu'elles sont renforcées par l'abus des boissons alcoolisées) font redouter le passage à l'acte.

En soixante ans, il faut retenir deux actes impulsifs graves contre des particuliers (un homicide et un délit de coups et blessures) qui entraînèrent pour l'Administration le versement d'indemnités de dédommagement. Pour la période allant du 1er janvier 1951 au 31 décembre 1960, il faut déplorer huit suicides. Sur le plan sexuel, aucun accident sérieux n'est à relever contre les malades. Les réactions antisociales aux conséquences importantes sont exceptionnelles. Si les fugues de courte durée et sans conséquences sont assez nombreuses, les vraies évasions sont rares. Des pensionnaires furent souvent soupçonnés et la plupart du temps avec un manque évident de preuves jusqu'à la découverte des vrais coupables. En fait, la présence des malades sur le territoire de la commune d'AINAY-le-CHATEAU et des communes voisines ne justifia jamais d'opposition de la part des autorités locales.

Deux problèmes préoccupent l'esprit des responsables de la Colonie : l'alcoolisme, qui est aussi le plus ancien, et les accidents de la circulation. Mais l'examen des circonstances semble montrer que dans chacun des cas ces problèmes dépassent largement le cadre des malades mentaux et que leur solution relève de mesures à prendre à l'échelon national.

Problèmes généraux :

L'implantation de la Colonie familiale de la Préfecture de la Seine à près de trois cents kilomètres de PARIS n'est pas sans entraîner une série d'inconvénients : difficultés de relations avec les services hospitaliers et de collaboration entre médecins. De leur côté, certaines familles hésitent à placer ou à faire transférer leurs malades si loin de leur domicile et les malades eux-mêmes peuvent appréhender un certain abandon ou du moins la raréfaction des visites. Une transplantation aussi éloignée du milieu de vie habituel ajoute encore à l'effort d'adaptation au placement familial.

Etant donné l'organisation actuelle de la Colonie, une population de mille malades dans un établissement comme celui-ci semble être un maximum. Un chiffre supérieur rendrait malaisés la surveillance et l'effort de synthèse qui sont nécessaires de la part des agents responsables du fait de l'interférence des problèmes médicaux et administratifs.

Un des buts recherchés par le placement familial est de fournir aux malades une activité ; or, nous disposons essentiellement de deux possibilités de placement : dans de petites exploitations agricoles ou chez des particuliers (petits artisans, petits commerçants, ouvriers, employés ou modestes retraités). Tous les malades ne peuvent donc être employés sur place et tous ne s'adaptent pas aux travaux de la ferme ; par ailleurs, la faible expansion économique de la région ne permet pas d'occuper toute la population de malades qui s'y concentre ; il en résulte pour un certain nombre d'entre eux une oisiveté de fait. Il serait souhaitable de créer pour ces malades inoccupés des ateliers à encadrement étroit et spécialisé qui offriraient des degrés d'activités en rapport avec la capacité de travail des malades et des possibilités d'apprentissage pour les jeunes gens susceptibles de sortir à plus ou moins brève échéance. Ces créations contribueraient à faire de la Colonie un véritable « centre de traitement, de réadaptation et de post-cure ».

Cette institution a encore l'avantage d'apporter un remède à la pléthore des hôpitaux psychiatriques de la région parisienne et il convient d'ajouter à son crédit son faible prix de revient (prix de journée de deux à quatre fois inférieur à celui de la plupart des hôpitaux de la Seine).

Enfin, la création d'une section gériâtrique en faveur des malades âgés bien adaptés au pays permettrait de désencombrer le pavillon hospitalier tout en évitant le retransfèrement dans les hôpitaux de la Seine qui provoque chez les pensionnaires de longue date un nouveau déracinement difficile à supporter.

LE PLACEMENT FAMILIAL DANS QUELQUES PAYS ETRANGERS

BELGIQUE

On ne saurait parler de la Colonie de GEEL sans rappeler son origine religieuse. Il est possible de visiter l'église, vestige d'une légende, qui fut érigée en hommage à sainte Dymphne, la châsse de la Sainte sous laquelle devaient s'incliner les malades, les « sicken kammer » (chambres des malades) attenantes à l'église et transformées en musée contenant de nombreux documents : rétable de 1542 retraçant l'histoire de la sainte, registres du XVII[e] et du XVIII[e] siècles ou « Livre des Innocents » rapportant de nombreuses observations et faits de guérison.

La Colonie de GEEL, seul établissement de l'Etat avec Anvers, Bruxelles et Lierneux, est directement rattachée au Ministère de la Santé Publique belge. Son organisation d'ensemble est similaire à celles des Colonies du département de la Seine pour lesquelles elle servit de modèle ; mais, contrairement à ces dernières, GEEL est un établissement autonome, c'est-à-dire que les malades y sont admis directement. La Colonie possède son centre administratif et hospitalier dans la localité même de GEEL.

L'infirmerie importante peut recevoir près de 300 malades répartis en différents services — hommes, femmes, enfants — et pavillon sanatorial. Elle est destinée à recevoir les entrants qui, après quelques jours d'observation, sont orientés vers un placement. Elle abrite naturellement ceux des pensionnaires qui présentent une affection intercurrente ou un épisode psychopathique, contre-indication temporaire de leur placement.

Le médecin-directeur, assisté de trois médecins-chefs et d'un assistant en assure le service ainsi que celui des placements scindés en cinq secteurs. Après observation du malade à l'infirmerie au moment de son admission, une réunion générale d'information rassemble médecins, auxiliaires médicaux et infirmiers ; on décide alors du placement des malades compte tenu de leur personnalité, de leur comportement et de leurs aptitudes, du mode de vie et du milieu social antérieurs. Pendant leur séjour à GEEL les malades sont suivis de façon constante et très active. Le comité des médecins se réunit chaque matin et le comité des placements toutes les semaines. Si un malade ne s'adapte pas à son placement, les raisons de cette non-adaptation sont largement discutées ; on décide en plein accord d'un

changement de placement, de l'opportunité de renvoyer le malade au centre hospitalier ou de la fermeture du placement si la famille nourricière est en cause. Le nombre et la diversité des familles nourricières offrent une gamme étendue de niveaux sociaux ; elles ne peuvent recevoir au maximum que deux pensionnaires, en principe du même sexe ; chaque malade a sa chambre personnelle contiguë à celle de sa famille nourricière ; il prend ses repas à la table commune et appelle souvent ses hôtes « père » et « mère » ; c'est dire la qualité du contact affectif tel que nous avons pu le constater au cours d'une visite. Les pensionnaires ne portent pas de vêtements qui puissent les distinguer des habitants de la région ; certains ont l'autorisation de se déplacer à bicyclette ; leurs distractions sont celles mêmes de leur famille nourricière à laquelle ils sont étroitement intégrés.

Ces dernières années, on a constaté une diminution du nombre des placements dans la localité même, ceci en rapport avec l'élévation du niveau de vie et l'insuffisance des possibilités d'emploi des malades ; par contre se sont accrus les placements périphériques dans de petites exploitations agricoles où les pensionnaires continuent à servir de main-d'œuvre d'appoint. On compte environ un tiers de malades femmes pour deux tiers de malades hommes, et deux cents enfants. La population peut être divisée en deux groupes :

— malades qu'il faut adapter de façon permanente à ce nouveau milieu : il s'agit de ceux pour lesquels le capital mental insuffisant dès l'origine ou trop fortement entamé par la psychose laisse difficilement espérer un retour à la vie libre ; l'assistance hétérofamiliale leur permet de continuer à profiter d'un mode de vie relativement normal ;

— malades pour lesquels la cure familiale n'est qu'une phase intermédiaire ou de convalescence qui suit la période de traitement à l'hôpital et précède leur retour à leur domicile.

On comptait, en 1939, 3.750 malades en traitement ; après la guerre, l'hôpital ayant été réquisitionné, l'effectif descendit à 2.600. On relevait jusqu'à ces dernières années 350 admissions par an pour environ 200 sorties de malades assez bien stabilisés ; plus récemment on vit le mouvement de population se réduire de façon considérable. L'immobilisme actuel paraît relever de plusieurs facteurs ;

— le pavillon infirmerie, par suite de l'impossibilité d'effectuer des transferts vers d'autres hôpitaux d'Etat trop encombrés et les difficultés de faire accepter les malades par les institutions privées, est surchargé de malades inaptes au placement familial ; sa destination initiale, à savoir le traitement et l'observation des entrants, est devenue de ce fait presque impossible à réaliser.

— le choix des malades est devenu très restrictif : les alcooliques, les épileptiques et tous les malades susceptibles de présenter

des réactions impulsives sont rigoureusement éliminés ; seuls sont admis les malades dont le Directeur est assuré du comportement ; cependant les incidents enregistrés jusqu'à ce jour sont fort peu nombreux par rapport à la population totale en traitement.

— le manque de moyens de reclassement professionnel.

Dans un grand nombre de cas, les malades bénéficiant de la cure familiale et des méthodes de thérapeutique ambulatoire retrouvent un certain équilibre. La disparition des préjugés et la bienveillance vis-à-vis des malades mentaux ne sont pas notions nouvelles pour les habitants de Geel qui aident au succès des principes directeurs d'une telle organisation, principes basés sur la vie de famille, le travail et la liberté.

Ceci prouve qu'il est indispensable d'éveiller l'intérêt et la compréhension du public sur ce problème.

ECOSSE

Le placement familial en Ecosse réalise le système du placement familial disséminé. Son organisation officielle remonte à l'année 1857 au cours de laquelle fut promulguée à Edimbourg la loi portant création du « Board of Commissionner in Lunacy ». Ces « commissionners in Lunacy » dont l'enquête se poursuivit pendant quatre ans visitèrent tous les malades mentaux et se rendirent compte que près de la moitié d'entre eux étaient assistés dans leur propre famille ou dans une famille amie. Suite à cette enquête, le « Private Dwelling System » fut officiellement reconnu.

Deux textes de loi (the mental Deficiences Act and Lunacy - Scotland Act of 1913) réglementent l'admission dans les hôpitaux spécialisés et le placement en milieu familial des psychopathes. Tout placement ne peut être effectué qu'après décision du Sheriff et un organisme de contrôle, le « General board of control for Scotland » est chargé de la protection de la personne.

La surveillance des placements fut d'abord assurée par l'« Inspecteur des pauvres ». Plus tard, vers 1935, dans un but d'organisation et de spécialisation de la lutte contre le fléau des maladies mentales, cette surveillance fut confiée au « District Lunacy Board », organisme d'administration des hôpitaux spécialisés. L' « Officer » chargé des placements familiaux visite régulièrement chaque malade note ses observations sur le carnet du nourricier et désigne le praticien local qui doit suivre le malade. Son rôle est assimilable à celui de nos Inspecteurs de l'Assistance Publique. Conformément à la législation, un « Commissionner in Lunacy » visite chaque semestre les malades, s'assure que les dispositions prises par l' « offi-

cer » du « District Lunacy Board » sont respectées et adresse un rapport au « General board of Control » qui fixe la part de l'Etat dans l'allocation donnée au nourricier.

Les malades sont placés sur toute la superficie du pays ; cependant, afin d'éviter les groupements trop importants, leur nombre dépasse rarement la trentaine par localité. Chaque nourricier a la charge d'un ou de deux malades, parfois de quatre mais il lui faut alors une autorisation spéciale du « General board in Lunacy ». Le malade doit partager la vie de son nourricier et ce dernier exerce à son égard la fonction du tuteur (c'est-à-dire qu'il a sur le malade les mêmes droits légaux qu'un père de famille sur les garçons de moins de 14 ans et les filles de moins de 12 ans).

Les malades peuvent être placés directement ou après leur sortie de l'hôpital (où parfois ils ont subi une préparation spéciale au placement familial) ; la prime allouée au nourricier est unique et ne tient pas compte du travail dont est capable le pensionnaire ni des responsabilités particulières du fait de l'état de quelques-uns d'entre eux. Si un malade travaille pour son nourricier de manière rentable, on peut établir un contrat spécial qui est soumis à l'approbation du « Ministry of National Insurance » avec l'accord du « General board of Control ». L'autorité locale chargée de la surveillance des placements (District Lunacy board) fournit des vêtements de travail mais aussi des vêtements civils à chaque malade évitant ainsi toute distinction possible d'avec les habitants du village. Les malades placés dans une même maison doivent être de même sexe, mais hommes et femmes se côtoient dans la localité. Dans certaines bourgades, la « Scottish association for Mental Health » a organisé des salles de réunion pour les malades. D'après une enquête faite en 1951 par le Dr Mill, les malades placés dans tout le pays (fermes isolées, villages ou villes) peuvent travailler ou ne rien faire selon leurs possibilités. Il s'agit surtout de débiles (pas d'imbéciles ni d'idiots) et de schizophrènes qui ont pu s'adapter à une certaine vie sociale et pour lesquels le placement familial représente la mesure la plus favorable. Selon le Dr Mill, le succès de cette formule repose sur une prudente sélection des nourriciers et le choix d'un malade à placer dans une famille déterminée doit être fait avec soin. La réussite du système dépend d'une surveillance étroite et adaptée, mais aussi de l'énergie et de l'intérêt dont font preuve les délégués locaux ainsi que de la coordination des différents services.

Un nouveau texte, le « New Mental Health Scotland Act of 1960 » apporte quelques modifications dans l'organisation du placement familial en Ecosse. Cette nouvelle loi qui remplace « the lunacy and mental deficiency Act » accorde, en ce qui concerne le placement des malades en milieu familial, une plus grande liberté aux autorités locales en supprimant certaines formalités comme l'accord préalable du Sheriff.

Le « board of control for Scotland » dont l'autorité s'exerçait surtout sur les malades placés d'après le « Lunacy Act » est remplacé par une nouvelle commission qui s'occupe de l'intérêt de tous les malades (mentally ill or mentally defectives). Enfin, tandis que la surveillance des placements reste toujours sous le contrôle des autorités locales (District lunacy board) les charges reviendront en totalité au « National assistance board ».

Importance du placement familial :

— en 1858 : sur 4.859 malades reconnus, 1.363 étaient hors des asiles.

— en 1896 : 2.700 malades étaient en placement familial.

— en 1935 : 2.710 malades vivaient en milieu familial dont :

— 1.311 aliénés, soit le 1/7e des malades placés suivant le Lunacy Act.

— et 1.389 arriérés, soit le 1/3 des malades placés suivant le Deficiency Act.

— En 1960 : 2.698 malades restent en placement familial, dont :

— 2.442 oligophrènes (1.275 hommes et 1.167 femmes)

— 256 psychopathes (137 hommes et 119 femmes).

SUISSE

En ce qui concerne la législation des malades mentaux, la plus grande diversité règne parmi les cantons ; chacun tient à garder dans le domaine sanitaire sa totale indépendance. De tous les règlements et lois dernièrement promulgués se dégagent cependant quelques règles générales :

— simplification des formules d'admission tendant à faire disparaître la différence qui a existé longtemps entre un hôpital psychiatrique et un hôpital général.

— la protection des biens des malades est assurée conformément aux dispositions des articles du Code Civil Suisse de 1907.

— les institutions de traitement et d'assistance comprennent, outre les hôpitaux psychiatriques proprement dits, les services de prévention (consultation, dispensaire) et des services spécialisés (pour alcooliques, épileptiques et vieillards).

L'activité extra-hospitalière est extrêmement développée sous forme de dispensaires, de polycliniques, de services sociaux de post-cure et de réadaptation sociale, de placements familiaux. Toutes ces

activités sont généralement dirigées par les médecins de l'hôpital psychiatrique leur offrant ainsi une gamme complète et différenciée de moyens à adapter à chaque cas particulier. Les colonies pour malades mentaux et les placements familiaux ont été organisés dans une douzaine de cantons et plus de mille malades en bénéficient alors que l'ensemble des lits d'hospitalisation pour malades mentaux est d'environ 15.000 : c'est dire l'importance accordée en Suisse à la méthode du placement familial.

Dans toutes les formes d'activité extra-hospitalières et notamment pour les placements familiaux on a évité la spécialisation en fonction de notions telles que « malades aigus » ou « chroniques », « curables » ou « incurables », la méthode adaptée à chaque malade ayant toujours pour but l'amélioration et la guérison. De ce fait, toutes les catégories de malades peuvent être admises en placement familial.

Nous reproduisons ci-dessous, à titre d'exemple, l'ordonnance sur le placement familial des pensionnaires des maisons cantonales de santé du canton de Berne.

ORDONNANCE du 18 mai 1937 complétée par les dispositions du 17 décembre 1954.

Article premier. — Les personnes internées dans les maisons cantonales de santé qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers, mais de surveillance, peuvent être placées dans des familles, sous le contrôle médical de l'établissement.

Article 2. — Dans chaque maisons cantonale de santé, le directeur désigne un des médecins de l'établissement pour choisir les familles dans lesquelles des malades pourront être placés, leur donner les instructions utiles et exercer la surveillance, ainsi que pour attribuer les patients aux diverses familles et les traiter suivant leur état. Le médecin désigné devra être secondé par ses collègues dans le choix des malades.

Aucune personne souffrant d'affection mentale ne doit être placée en famille avant d'avoir fait un séjour dans une maisor cantonale de santé.

Article 3. — Le placement a lieu en vertu d'un contrat, qui sera signé par le chef responsable de la famille dans laquelle le malade est reçu et par le directeur de l'établissement, toutes stipulatins étant nulles à défaut de ces deux signatures.

Dans le contrat figureront, comme partie intégrante, les dispositions des art. 8 à 17 de la présente ordonnance. Il est expédié en deux exemplaires et peut être résilié en tout temps à 14 jours de terme.

Article 4. — Le placement familial d'un malade sera annoncé préalablement et à temps à ceux qui ont charge de son assistance, soit à ses proches ou à son tuteur. Les uns et les autres peuvent y faire opposition par écrit, dans les 10 jours auprès du directeur de la maison de santé. Celui-ci transmet l'opposition, avec rapport et proposition, à la Commission de surveillance des maisons de santé cantonales, quand il entend ne pas renoncer au placement en famille. Le placement ne peut pas avoir lieu avant que la Commission de surveillance n'en ait décidé.

Article 5. — Afin de faciliter le service privé des aliénés ainsi que par raison d'économie et dans l'intérêt du contrôle, les familles dans lesquelles s'effectue le placement ne devront pas être trop distantes des maisons de santé et surtout, ne pas se trouver hors du canton. Dans des villages s'y prêtant particulièrement, on instituera un certain nombre de placements familiaux, de manière à former des colonies.

Article 6. — Le Directeur de la maison de santé a le droit et le devoir de faire réintégrer l'établissement au malade, lorsque l'intérêt de ce dernier ou de son entourage l'exige.

Article 7. — Les personnes placées en famille doivent être visitées régulièrement, à intervalles convenables, par le médecin préposé au placement familial et l'assistante sociale de l'établissement, et cela autant que possible sans avis préalable. Dans ces visites, le médecin se renseignera d'une façon précise sur tout ce qui touche le malade, notamment son travail et les effets salutaires des soins qu'il reçoit, et s'assurera aussi de l'état des vêtements et du linge du patient.

Article 8. — La famille dans laquelle un malade est placé doit le traiter entièrement comme un de ses propres membres quant à la pension et au logement, et toujours amicalement et avec bienveillance. Elle doit tenir en bon état ses vêtements et son linge. Tous détails, particulièrement en ce qui concerne le remplacement d'effets hors d'usage, seront réglés dans le contrat d'entretien.

Article 9. — Les pensionnaires adultes ne doivent pas coucher dans la même chambre que des enfants ou des personnes de l'autre sexe.

Article 10. — Les malades seront astreints au travail, avec leur agrément et pour autant que leur état le permet.

Sauf arrangement particulier avec le médecin préposé au placement familial il n'est pas permis de mettre les malades à la disposition de tiers pour des services ou travaux quelconques. La famille ne peut non plus prendre d'autres personnes en pension que du consentement de la maison de santé avec laquelle elle a passé contrat.

Article 11. — Les pensionnaires ne peuvent être l'objet de mesures de punition qu'avec l'autorisation du médecin, toutes corrections corporelles étant d'ailleurs interdites.

Article 12. — Si le pensionnaire quitte sans permission la famille dans laquelle il est placé, la maison de santé doit être avisée immédiatement, et si le malade pouvait être dangereux pour lui-même ou pour autrui, on informera également le poste de police le plus proche ainsi que la préfecture.

En cas de maladie physique ou d'agitation extraordinaire du pensionnaire, il sera immédiatement fait appel à un médecin du voisinage, avec avis de la maison de santé. Les frais médicaux sont à la charge de cette dernière.

Article 13. — Il ne sera pas accordé congé aux malades sans le consentement de la maison de santé.

Si des visites faites à un pensionnaire s'avèrent préjudiciables, on les interdira, en informant l'établissement.

Article 14. — Le prix de pension est convenu entre la maison de santé et la famille qui reçoit le patient. Il sera fixé en ayant équitablement égard aux soins exigés et à la capacité financière du malade. Il est en tout temps loisible à l'établissement, moyennant un avis donné 14 jours d'avance, de prendre de nouveaux arrangements avec la famille ou de placer le malade ailleurs. Si l'intérêt de ce dernier le requiert, la maison de santé peut aussi se départir du contrat sans dénonciation préalable, ni indemnisation de la famille, ni indication de motifs.

Pour les dépenses particulières, il sera produit des pièces justificatives.

Article 15. — Il est interdit de donner des boissons alcoolisées aux pensionnaires.

Article 16. — Tous sévices ou actes immoraux à l'égard de pensionnaires seront punis conformément aux lois pénales.

Article 16 bis. — Les personnes ou autorités tenues à paiement versent à l'établissement les indemnités suivantes :

a) le prix de pension que ce dernier paie à la famille conformément au contrat (art. 3 et 14) ;

b) une contribution aux soins médicaux et d'assistance, de même que pour le remplacement du linge, des effets d'habillement et d'usage personnel du patient. Cette contribution est de fr. 1 par jour pour les patients des établissements de la Waldau et de Munsingen, de fr. 1,80 pour ceux de l'établissement de Bellelay.

Le versement n'excèdera pas fr. 6 au total par jour de pension. Il peut être porté à fr. 7 si l'établissement est appelé à payer un prix de pension particulièrement élevé ou s'il doit faire face à d'autres frais particulièrement élevés.

Si, à titre exceptionnel ou pour des raisons d'ordre thérapeutique il est nécessaire de remettre à l'intéressé de l'argent de poche en plus du prix de pension ou en le prélevant sur ce dernier, la personne ou l'autorité tenue à paiement en sera informée spécialement.

La personne ou l'autorité tenue à paiement peut faire opposition conformément à l'art. 4 contre la décision fixant l'indemnité exigée d'elle. Si l'opposition ne vise que le montant de l'indemnité, le placement familial n'en sera pas moins effectué.

PAYS-BAS

La cure familiale occupe aux Pays-Bas une place importante dans l'assistance et le traitement des malades mentaux. Sa réalisation revêt deux modalités principales : Les malades dont le comportement ne relève plus d'un service fermé mais dont l'état nécessite cependant une étroite surveillance et la poursuite d'un traitement sont placés par certains établissements soit dans leur propre famille, soit dans une famille nourricière ; celle-ci est choisie assez proche de l'hôpital où le malade trouvera les facilités de traitements et de « thérapeutique du travail » offerte par les ateliers spécialisés du Centre.

A côté de ces placements de type péri-hospitalier, il existe en Hollande une Colonie : la colonie de Beilerood à Beilen (province de Drenthe) ; créée en 1922, son rôle est interdépartemental (elle reçoit les malades de trois provinces). Les malades des deux sexes sont placés dans les familles du village même ou des environs sur un rayon qui n'excède pas trois kilomètres. Ils dînent et couchent chez leur nourricier mais viennent travailler quotidiennement dans les ateliers du Centre, aux diverses activités allant de la confection d'objets de vannerie à la cartonnerie et la fabrique de pinces à linge en passant par l'élevage des porcs. Ces emplois variés, sous la direction d'ouvriers moniteurs et d'infirmiers, sont judicieusement échelonnés en fonction des capacités d'adaptation et de rendement des pensionnaires et permettent l'utilisation de presque tous les malades ; seul un petit nombre travaillent chez les artisans de la localité ou dans les entreprises agricoles voisines. Un contact journalier est ainsi gardé avec chaque malade.

Les distractions ne sont pas négligées ; elles sont organisées dans le cadre de clubs divers avec la participation des habitants du village. Quelques malades suivent les cours d'une école professionnelle ou d'une école ménagère. Malgré la très grande liberté accordée, les incidents sexuels entre malades hommes et femmes sont extrêmement rares.

L'effectif de la Colonie de Beilerood est de 400 malades ; le personnel comprend le médecin-directeur, deux médecins-chefs et 42 infirmiers ou moniteurs. Au centre de la Colonie on trouve, outre les bâtiments administratifs et les ateliers, deux pavillons d'observation — un pour les placements volontaires et un pour les placements d'office — ainsi que le service sanatorial Rustoord. L'hospitalisation est décidée conformément aux prescriptions législatives de 1884 et sous la surveillance de l' « Inspection générale des malades mentaux et des hôpitaux psychiatriques ».

Les malades sont examinés et étudiés en service fermé pendant une période de trois mois en moyenne par les médecins de l'établissement avant d'être dirigés sur un placement familial. S'ils ne peuvent être placés ou s'ils ne s'adaptent pas, deviennent agités ou malpropres, ils sont transférés dans des hôpitaux psychiatriques ordinaires.

Le but médico-social visé par la Colonie de Beilerood est de redonner aux malades une activité tout en les laissant en contact avec le milieu extérieur. Cet établissement apporte une solution pratique et satisfaisante au triple problème : application de la thérapeutique du travail à l'hôpital, maintien du malade dans une atmosphère familiale, lutte contre l'encombrement des hôpitaux. Elle permet dans de nombreux cas une bonne réadaptation des malades qui peuvent ensuite regagner leur foyer. Le médecin provincial de l'Hygiène mentale les visite pendant leur séjour à l'hôpital ; il reste en étroite collaboration avec le médecin-directeur et surveille leur post-cure dès leur retour à la maison. C'est donc une forme réellement active de réadaptation socio-professionnelle que réalise la colonie de Beilerood.

Les organismes de dépistage, de prévention, de post-cure et les centres spécialisés sont bien développés en Hollande, aussi bien pour les alcooliques, les arriérés, séniles, épileptiques et médico-légaux ; partout, une large part est accordée à la thérapeutique occupationnelle. Fait particulier à ce pays, l'organisation de l'Assistance est avant tout l'œuvre de groupes privés mais sous contrôle et avec l'aide de l'Etat. Une fédération nationale de l'hygiène mentale groupe toutes les organisations privées et publiques ; elle les coordonne et leur sert d'agent de liaison avec les pouvoirs publics. Après 1946, une Commission interministérielle de l'Hygiène mentale fut chargée de coordonner en ce domaine l'activité des divers ministères : Ministère de la Justice (délinquants et criminels psychopathes), Ministère de

l'Instruction (écoles spéciales pour débiles mentaux, épileptiques, diminués physiques), Ministère de la Guerre (Santé mentale de l'Armée), Ministère du Travail social (familles asociales).

SUEDE

Le placement hétéro-familial en Suède réalise une modalité particulière de placement péri-hospitalier. A la fin du XIX[e] siècle, de petites colonies existaient déjà, notamment à VADSTENA et KONSBERGA, institutions privées organisées par les autorités confessionnelles locales. En 1901, un inspecteur pour l'assistance aux aliénés les fit reconnaître par le Conseil de Santé et placer sous contrôle de l'Etat en les rattachant à des hôpitaux psychiatriques voisins.

Actuellement, 16 des 19 hôpitaux psychiatriques de l'Etat et la plupart des polycliniques comprennent un service de « garde-malades ». D'après une enquête officielle de 1958, le nombre de malades mentaux placés dans des familles ayant passé accord avec l'Etat dépasse 4 % du total des malades hospitalisés. L'ordonnance du 19-IX-1929, par ses articles 88 à 92 règle le placement familial autour des hôpitaux suédois. Nous décrirons, à titre d'exemple, l'organisation des placements familiaux rattachés à un hôpital psychiatrique et ceux rattachés à une polyclinique.

Les placements familiaux d'UPPSALA, de création récente, sont groupés autour de l' « Ulleräkers-Sjukhus » (hôpital psychiatrique) et relèvent de la même surveillance médicale et administrative que les services hospitaliers. L'hôpital situé au centre d'un vaste parc aux abords immédiats de la ville comporte 3.000 lits ; les placements familiaux, eux, sont de 300 places ; ils sont pour la plupart disséminés dans de petites et moyennes exploitations agricoles parfois très éloignées les unes des autres et de l'hôpital. Deux médecins sont spécialement chargés de la surveillance des pensionnaires en placement qu'ils vont voir sur place une fois par mois ; ces mêmes médecins assurent chaque matin à leur bureau, au pavillon administratif de l'hôpital, une consultation destinée aux malades susceptibles de bénéficier du placement familial ; chaque famille peut recevoir un ou deux pensionnaires, en principe de même sexe mais pas toujours ; ces malades (dont certains continuent à recevoir un traitement suivant les prescriptions médicales ont leur chambre personnelle dans le corps d'habitation qui est séparé des autres locaux de la ferme ; leur chambre est voisine de celle de leurs hôtes ; la salle d'eau et la salle à manger sont communes ; ils sont intégrés au maximum dans la cellule familiale. L'hiver, les malades travaillent à confectionner des articles de bois ou de tissu avec les artisans

locaux ou sous la direction des infirmiers-visiteurs qui se rendent près d'eux chaque semaine pour leur apporter les médicaments prescrits. On trouve des foyers conçus spécialement pour recevoir de 20 à 30 malades ; ces demeures, très confortables, comportent, outre des chambres à un ou deux lits, des douches, une salle à manger et plusieurs salons ; le ménage qui a la charge d'un tel Foyer a reçu une formation spéciale ; malades hommes et femmes y sont reçus ensemble.

Au sujet de l'organisation des placements de l' « Ulleräkers Sjukhus » d'UPPSALA, il nous faut souligner sa coordination de fonctionnement avec l'hôpital psychiatrique et la proximité des deux systèmes de telle sorte qu'ils se complètent l'un l'autre étroitement ; d'où l'efficacité de cet « Ulleräkers Sjukhus » qui est un élément de liaison, un chaînon, dans l'assistance aux malades mentaux. Il offre à l'hôpital psychiatrique un débouché aussi bien pour le convalescent sur le point de retrouver une autonomie complète que pour le malade ayant besoin d'une assistance à long terme. Les malades bénéficiant du placement familial en Suède sont choisis dans toutes les catégories nosographiques, exception toutefois des épileptiques (éliminés en raison des risques d'impulsions dangereuses), des alcooliques et des médico-légaux qui sont traités dans des établissements spécialisés relevant de l'organisation du Département Social.

La clinique psychiatrique de GOTEBORG fait partie intégrante d'un important hôpital général (Sahlgrenska Sjukhus) au centre même de la ville. Les différents services de la clinique de conception moderne et de construction récente sont assurés par trois médecins qui travaillent à plein temps avec, cependant, la possibilité de recevoir une clientèle privée, un certain nombre de lits étant réservés à cet effet ; ils assurent également par roulement une consultation externe au siège de la clinique en réservant certaines heures pour leur clientèle. L'un des médecins est chargé du traitement et de la surveillance des malades placés dans des familles ou dans une maison de convalescence à environ 80 kms de GOTEBORG ; les malades admis à la clinique psychiatrique n'y restent que quelques semaines ; dès qu'une amélioration se dessine, ils sont soit renvoyés dans leur famille ou dans une maison de convalescence ; dans certains cas, un placement familial peut être envisagé. La clinique comporte une cinquantaine de lits et la maison de convalescence 65 places ; les placements familiaux sont au nombre de 180 et fonctionnent à la fois comme services de post-cure et d'assistance. Des statistiques prouvent que 30 % des malades placés le sont moins d'un an. La clinique psychiatrique de Sahlgrenska Sjukhus collabore avec l'hôpital psychiatrique de Lilhagen situé à proximité de GOTEBORG ; les malades dont l'adaptation en placement familial s'avère impossible ou dont l'état nécessite des soins de longue durée y sont adressés ; des infirmiers visitent les malades dans leur placement une fois par semaine et chaque semaine le médecin se rend dans un

certain nombre de placements choisis à l'avance afin d'y rencontrer les malades ; ces placements sont en majorité de petites exploitations rurales ; les pensionnaires sont choisis parmi les convalescents d'épisode psychopathique aigu, parmi les pré-déments et les arriérés qui ont besoin d'une assistance plus longue. Les incidents sont minimes, chaque malade placé en fonction de son cas particulier peut être changé de placement en cas de mésentente avec la famille nourricière. Les excès de boisson sont exceptionnels en raison des lois suèdoises sur la vente de l'alcool (le débit de boisson le plus proche de la localité où sont groupés les placements est distant de 30 kms).

La parfaite réussite de l'organisation familiale de GOTEBORG, créée seulement en 1930, provient de la corrélation de son fonctionnement avec la clinique psychiatrique d'une part, la maison de convalescence et l'hôpital psychiatrique de Lilhagen d'autre part. Il est à noter également que la sortie des malades améliorés est favorisée par des mesures d'ordre général : pension d'invalidité, possibilité de travail à mi-temps, ateliers protégés dépendant des bureaux de main-d'œuvre et dirigés par un personnel compétent.

Nous envisageons rapidement pour terminer cette étude ce qui a été fait au xEtats-Unis, en Italie, au Danemark et en Allemagne.

Aux ETATS-UNIS, le placement familial fut introduit dès 1885. De nombreux avatars — en rapport, semble-t-il, avec l'évolution du mode de vie — firent condamner le système. De nos jours cette méthode est reprise avec succès ; les autorités compétentes de l'Etat de New York prirent des mesures dès 1935 et on trouve à l'heure actuelle dans cet Etat 14.000 psychopathes bénéficiant de cette forme de tutelle. Les Etats de Californie, Maryland, Massachussets, Pensylvanie et quelques autres ont également autorisé et encouragé le développement du placement familial. Quelquefois le malade y est préparé par des séances éducatives à l'hôpital. Dégagé de tout souci matériel, sous une constante surveillance médicale, libre de suivre les cours de formation professionnelle pour adultes, dans une ambiance favorable à la resocialisation, le malade se réadapte dans les meilleures conditions possibles.

En ITALIE, il existe également des placements familiaux de type péri-hospitalier. Les hôpitaux de Luecca et de Trevisio en particulier ont placé quelques malades aux abords immédiats du centre psychiatrique ; ils trouvent une activité soit chez des particuliers, soit dans les ateliers de l'hôpital.

Au DANEMARK, le placement péri-hospitalier atteint son plus grand développement autour de l'hôpital d'Aarhus. Il s'agit, en général, d'arriérés mentaux calmes et dociles.

En ALLEMAGNE, 29 des 57 établissements et cliniques psychiatriques placent certains de leurs malades au dehors. Les modalités d'application de ces placements extra-hospitaliers sont variables d'un hôpital à l'autre. Si dans certains cas il s'agit d'assister d'anciens malades, schizophrènes fixés ou débiles dans le cadre social, dans d'autre cas, c'est au caractère psychothérapique et sociothérapique de la méthode qu'on s'attache plus particulièrement, première étape dans la rédaptation complète du psychopathe.

CONCLUSIONS

Ces quarante dernières années ont vu la conception des maladies mentales se modifier en même temps que les conditions de leur assistance. Les immenses progrès de la thérapeutique psychiatrique ont profondément transformé l'aspect, l'évolution et le pronostic de la plupart des psychopathies, tandis que des études approfondies ont mis l'accent sur l'importance et l'influence des facteurs familiaux, professionnels, économiques, sociaux, dans leur déterminisme. Médecins et autorités compétentes s'efforcent de faire disparaître l'ancien concept de l'aliénation mentale. L'assistance psychiatrique moderne se doit d'être dynamique, de tout mettre en œuvre pour traiter le malade dans un cadre social et favoriser sa réadaptation et son reclassement. En même temps que les préjugés (à la fois causes et conséquences des anciennes mesures de protection prises par la Société) semblent être surmontés, que le cadre de la psychiatrie s'élargit, l'ambiance des hôpitaux se transforme et l'équipement extrahospitalier se complète. En effet, le psychopathe apparaît avant tout comme un handicapé psychique aux capacités socio-professionnelles réduites, à la marge d'adaptation limitée. Des mesures appropriées doivent être prises en sa faveur. Méthode ancienne mais toujours d'actualité, le Placement Familial réalise l'une de ces modalités d'assistance extrahospitalière.

Ses avantages reposent sur :

— Une indépendance de mouvements dont la relativité s'entache d'un minimum de contrainte.

— Une surveillance médicale active et continue.

— Une vie familiale indépendante qui, bien qu'artificiellement créée, « aménage un cadre d'existence personnelle offrant un champ de relations humaines privilégié » (1).

— Un contact permanent avec la vie normale qui incite à s'y intégrer.

— La possibilité de fournir une occupation, un emploi.

Par la diversité des conditions de milieu qu'il peut réaliser, le Placement familial permet d'utiliser au maximum les capacités d'adaptation sociale du psychopathe, il permet le reclassement social, condition première du reclassement professionnel.

(1) Doussinet.

Le placement familial, méthode intrinsèque de psycho-sociothérapie peut, dans une conception moderne, s'adresser :

— aux convalescents d'épisodes psychopathiques aigus insuffisamment guéris pour pouvoir se passer de soins ;

— aux malades ayant conservé ou récupéré d'appréciables possibilités d'action mais trop fragiles pour faire face à l'existence sans aide ni protection, c'est-à-dire aux malades ayant besoin d'un milieu adapté, d'une tutelle ;

— aux malades n'ayant plus de capacités d'action mais ayant conservé ou récupéré suffisamment d'aptitudes à la vie sociale pour être assistés en milieu familial.

Notre étude a eu pour but de rappeler l'origine du Placement Familial et d'exposer ses différentes modalités d'application en France comme à l'Etranger.

Dans notre pays, seules sont représentatives de cette méthode les Colonies familiales du Département de la Seine ; et encore convient-il de dire que leur création et leur fonctionnement a pour but essentiel de désencombrer les hôpitaux de la Seine en assistant aussi humainement et économiquement que possible les malades qui peuvent s'y adapter, malades qui sont en majorité d'un faible niveau intellectuel et d'une sociabilité réduite. Pour répondre aux exigences actuelles, il faudrait adjoindre à la valeur propre, intrinsèque du Placement Familial, des activités dirigées pour les pensionnaires ayant besoin d'un encadrement plus étroit et d'une spécialisation de leurs possibilités pragmatiques résiduelles. Il faudrait, en outre, créer des ateliers protégés et des classes d'apprentissage qui réduiraient considérablement les difficultés du reclassement professionnel et permettraient une utilisation plus rationnelle de chaque malade.

A la Colonie familiale de Beilerood en Hollande, les malades travaillent dans des exploitations agricoles ou encore dans divers ateliers de production d'objets au Centre de la Colonie. En Suède, en Suisse, en Allemagne et aux Etats-Unis, le Placement Familial est avant tout conçu pour faciliter au maximum la réadaptation sociale des convalescents.

Certains vieillards, malades mentaux ou affaiblis peuvent trouver au placement familial de nouvelles conditions d'existence qui les stabilisent.

La multiplication des placements familiaux disséminés, les congés de travail, retrempent les psychopathes dans un mode de vie normal et permettent à certains d'entre eux de trouver des activités profitables. Il suffirait d'une convention à établir entre le médecin et l'employeur après homologation de l'Inspecteur du Travail.

Enfin, des placements urbains ou péri-urbains permettraient à quelques psychopathes de bénéficier en même temps que des avantages du placement familial des divers débouchés que peut offrir une région en expansion économique (conditions de travail, offres d'emploi, cours du soir pour adultes, etc...).

Qu'il dépende d'un hôpital, d'un centre spécialisé, d'une Colonie, d'un organisme d'hygiène sociale ou d'un dispensaire, le Placement Familial est riche de possibilités. Mais il ne faut pas, nous l'avons vu, le considérer comme une entité ; il doit pouvoir bénéficier d'une manière ou d'une autre des facilités de techniques d'examens complémentaires et d'investigations paracliniques ; on doit pouvoir appliquer à chaque malade le traitement qui lui convient. C'est dire que les malades assistés en milieu familial doivent pouvoir bénéficier aisément des techniques psychothérapiques, psychanalytiques et thérapeutiques modernes.

Rappelons également l'intérêt qu'il y aurait à créer des Colonies pour enfants et adolescents handicapés psychiques qui bénéficieraient à la fois d'un milieu familial, de la surveillance et des traitements d'un Centre équipé au point de vue scolaire et professionnel.

A une époque où la maladie mentale se « dédramatise » et qu'augmentent l'intérêt et la compréhension du public, cette formule d'assistance extra-hospitalière gagnerait à être développée pour réaliser pleinement son programme basé sur la revalorisation de la personne humaine.

VU :
Le Président
J. DELAY

VU :
Le Doyen
L. BINET

VU
et Permis d'imprimer
Le Recteur
de l'Académie de Paris :
J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

AMELINE. — Résultats du traitement familial des aliénés 1900-1925.

BOBE. — Les Colonies familiales d'aliénés (thèse Paris 1933).

BONNET. — Etat actuel de l'Assistance des aliénés en France (Congrès international Milan 1906).

BERSOT. — Assistance aux anormaux en Suisse (Annales médico-psychologiques 1942 T. 1 - 1944 T. 2 - 1945 T. 1).

BERSOT & DESRUELLES. — L'assistance aux aliénés en Europe (Revue d'hygiène mentale mars 1937).

CHANES & VIE. — Les Colonies familiales du département de la Seine (Revue d'hygiène mentale 1932).

CORBERI. — L'importance de l'assistance hétérofamiliale des Malades Mentaux. (Annales médico-psychologiques 1935 - T. 2 ; rapport à la réunion d'hygiène mentale. Bruxelles 1935).

DALMAS & VINCHON. — Le rôle de l'habitude dans la colonisation familiale (Annales médico-psychologiques 1921 - T. 1).

DAUMEZON. — Le malade mental dans la Société (Archives de médecine sociale, septembre 1947).

DOLL. — La leçon de GEEL dans l'assistance aux malades mentaux (State hospital Press Utica 1936).

DONNADIEU. — L'assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé. (Annales de médecine légale, mai-juillet 1946).

DOUSSINET. — Le placement familial tutélaire (Annales médico-psychologiques février 1949).

DUMONT. — Family care after a thousant years — A crisis in the tradition of Ste Dymphne (Annual meeting of American Psychiatric Association - 1961).

ESPINASSE. — L'Assistance familiale des aliénés (Thèse, Paris 1901).

FABRE. — Le placement familial des aliénés (Thèse, Lyon 1920).

FAIL. — Essai sur un nouveau mode d'assistance familiale des psychopathes économique et humanitaire (Thèse, Paris 1927).

GURTLER. — L'assistance familiale (Information psychiatrique 1954).

GURTLER. — Considération sur l'Assistance familiale (Congrès de neurologie et de psychiatrie, 1954).

GURTLER. — Les Colonies Familiales : GEEL et DUN-sur-AURON (Informations psychiatriques avril 1956).

GURTLER. — Perspectives d'avenir du placement familial à la Colonie familiale de DUN-sur-AURON. Les Schizophrènes sont-ils susceptibles de s'adapter à l'assistance familiale (Congrès de Neurologie et de Psychiatrie 1955).

HAZEMAN. PICHOT (Mme). — WEIL-RAYNAL (Mme) : Les Colonies familiales de malades mentaux du département de la Seine (Techniques hospitalières médico-sociales et sanitaires octobre 1952).

ILLEBERG. — L'Assistance extra-hospitalière en Allemagne (Annales médico-psychologiques 1944 T. 2).

JACOBI (Mme). — L'Assistance familiale aux enfants arriérés à GEEL (Congrès de psychiatrie infantile - PARIS 1937).

JONES. — « Mental Health and Social Policy » 1845-1959.

JOYEUX & JOYEUX-QUERCY (Mme). — La Colonie familiale pour enfants et adolescents. Un nouveau mode d'assistance en neuro-psychiatrie infantile. (Sauvegarde de l'enfance septembre et octobre 1951).

JOYEUX & JOYEUX-QUERCY (Mme). — La Colonie familiale d'Ainay-le-Château — Une conceptiton moderne du placement familial pour les malades mentaux (1958).

JOYEUX & SZALEWSKA (Mme). — L'adaptation sociale des épileptiques en Colonie familiale (Congrès de neuro-psychiatrie 1958).

KERAVAL. — Les aliénés hors des asiles publics et privés — Congrès international Anvers 1902.

KJINX. — L'assistance extra-hospitalière au Danemark (Annales médico-psychologiques 1942 - T. 2).

LADAME & DEMAY. — La thérapeutique des maladies mentales par le travail (Congrès des aliénistes — Lausanne 1926).

LAGRIFFE. — Quelques considérations sur l'assistance des aliénés et sur le projet de réforme de la loi de 1838 (annales médico-psychologiques - 1921 - T. 3 et 4).

LAMBERT, DIEDERICHS & VACOGNE. — Sur un essai de modification des conditions habituelles d'assistance psychiatrique (annales médico-psychologiques 1959 - T. 1).

LAUZIER. — L'assistance aux malades mentaux en Suisse et aux Pays-Bas (Information psychiatrique, décembre 1956 et janvier 1957).

LECOMTE. — Du placement familial à la tutelle médicale des anormaux et convalescents et fragilisés du psychisme (Annales médico-psychologiques 1948 t. I et annales de médecine légale, mai 1946).

LECOMTE. — Quelques règles de conduite du placement familial des infirmes mentaux en fonction d'une conception positive de la médecine psychiatrique (Annales médico-psychologiques, 1948 - T. I).

LECOMTE. — Essai d'une statistique synoptique de médecine psychiatrique. Application à 600 malades « chroniques » de la Colonie familiale dans une nomenclature positive psycho-bio-sociologique (Annales médico-psychologiques 1947 - T. 2).

LECOMTE. — Niveau mental et activité sociale en Colonie familiale des malades atteints de P.G. (Annales médico-psychologiques, 1944 t. 2).

LECOMTE & DELAGE. — Enseignements tirés de la réintégration en asile fermé de malades mentaux placés à la Colonie familiale (Annales médico-psychologiques 1948 T. 1).

LUNDGUIST. — Fifty years of Swedish Care of the mentally Ill (Rapport 1959).

MAC CORNICK. — Pour réadapter les malades mentaux à la vie normale (Digest 1961).

MAHÉ. — Assistance familiale aux aliénés convalescents (Congrès d'assistance familiale, Paris 1901).

MANNHEIMER. — L'assistance psychiatrique à domicile (Congrès des aliénistes Tunis 1912).

MANNHEIMER. — L'assistance familiale des enfants arriérés (Congrès des aliénistes - Tunis 1912).

MARIE. — De l'assistance familiale aux aliénés du département de la Seine (Congrès international d'Assistance - 1901).

MARIE. — Etat actuel de l'Assistance familiale (Revue de psychiatrie - 1900).

MARIE. — Infirmerie des Colonies familiales de la Seine (Revue de psychiatrie, avril 1904, et revue de l'Assistance Publique mars 1906).

MARIE. — De l'Assistance des aliénés par la colonisation (Congrès des aliénistes, Toulouse 1897).

MARIE. — De l'assistance aux vieillards (Revue de l'Assistance Publique, juin 1901).

MARIE. — Le travail dans le traitement des aliénés (Revue de l'Assistance familiale, novembre 1906).

MARIE & MANNHEIMER. — Assistance familiale urbaine pour aliénés inoffensifs (Congrès international d'assistance - Paris 1901).

MARIE & VIGOUROUX. — Quels malades peuvent être placés en famille (Congrès des aliénistes 1898) et (revue de psychiatrie - 1900).

MARANDON de MONTEYL. — Assistance familiale des buveurs (revue de psychiatrie - 1907).

MASSON. — P.G. impaludés et assistance familiale (annales médico-psychologiques 1949 T. 2).

MASSON. — La vie sexuelle des aliénés en placement hétéro-familial (annales médico-psychologiques 1948 T. 2).

MEEUS. — Du choix des malades dans l'assistance familiale (Congrès international de psychiatrie - Amsterdam 1907).

MILL (Mme). — Family care in the Mental Health Service (Report Scotland 1952).

MODENA. — L'assistance extra-hospitalière en Italie (Annales médico-psychologiques 1944 T. 2).

PASTUREL. — Trente ans d'expérience familiale des aliénés en France — Dun-sur-Auron (imp. Bussières 1922).

PEETERS. — L'assistance familiale à GEEL (Congrès d'assistance, Berlin 1910).

POLLACK. — Family care of Mental patients (State hospital Press - 1936).

QUERIDO. — L'hygiène mentale aux Pays-Bas (La Haye 1954).

RADEMAEKERS. — The present position of Colony GEEL in Mental Health (Congrès international d'Hygiène mentale - Londres 1948).

RADEMAEKERS. — GEEL et le placement familial (Société belge de médecine mentale, 31-1-53).

RADEMAEKERS. — GEEL Rijskolonie voor familiale verpleging von zenuur - en geesteszieken (Administrative Drukkerij - Merkplass 1955).

Rapports médicaux au Préfet de la Seine sur le fonctionnement de la Colonie d'AINAY-LE-CHATEAU par les Docteurs LWOFF - TRENEL - BONNET - POCHON - AMELINE - VIE - SIVADON - LECOMTE - LEYRITZ - JOYEUX - BONVALET.

RAYNIER & BEAUDOIN. — L'Assistance Française.

Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et de l'Hygiène mentale. Numéro spécial n° 3 - 1958 - Les malades mentales et les conditions de leur assistance par les Docteurs EY - BONNAFE - DENIKER - DUCHENE - MIGNOT - LE GUILLANT - SIVADON - AYME - DAUMEZON - DOUSSINET - VILLATE - PAUMELLE - JEAN - COURBAIRE de MARCILLAT - BELEY.

REPOND. — Traitement psychothérapique des maladies mentales (Annales médico-psychologique - mars 1953).

RIU. — Rapport sur les Colonies d'aliénés (Congrès des aliénistes, 1893).

RODIET. — Le placement familial des aliénés inoffensifs (Revue psychiatrique, février 1910).

RODIET. — Du choix des aliénés aptes à vivre en Colonie familiale (Journal de Neurologie, août 1911).

RODIET. — Le désencombrement des hôpitaux de Paris (Revue de psychiatrie novembre 1910).

RODIET. — De l'extension de la Colonie familiale (archives de neurologie, août 1911).

RODIET. — Des inconvénients, imperfections et dangers des Colonies familiales (annales médico-psychologiques, avril à septembre 1913).

SANO. — L'adaptation du malade à son milieu (Rapport Congrès des aliénistes, Bruxelles 1924).

SANO. — Les aliénés soignés hors des asiles (Rapport au Congrès des aliénistes Bruxelles 1924).

SANO. — Les diverses modalités d'assistance hétérofamiliale (Réunion d'Hygiène mentale, Bruxelles 1935).

SANO. — L'assistance familiale des enfants anormaux à la Colonie de GEEL (Ligue nationale de Belgique d'Hygiène mentale, mai 1937).

SAUCET. — Un mode original de placement - le placement autonome - (Information psychiatrique, mars 1961).

SAUCET. — L'adaptation des épileptiques en Colonie familiale (information psychiatrique, juillet 1961).

SIMON. — Aktivere Krankenbehandlung (Berlin 1922).

SIVADON. — L'assistance aux épileptiques (annales médico-psychologiques 1938).

SIVADON. — Patronage des invalides mentaux isolés dans le cadre de la loi de 1938 (Annales médico-psychologiques 1944 - T. 2).

SIVADON. — Vers une assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace (Annales médico-psychologiques, 1947 T. 1).

SIVADON. — Le reclassement des déficients mentaux (Annales médico-psychologiques 1948 T. 2).

SIVADON. — Les Colonies familiales d'aliénés (Rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique - 1er avril 1943).

SIVADON. — Conditions générales de l'assistance et de la législature psychiatrique en France (E.M.P. 37.910 - A 10 - 1955).

SIVADON & BRATANOVA (Mlle). — Le placement familial des paralytiques généraux impaludés (Annales médico-psychologiques, novembre 1938).

TOULOUSE. — Etat actuel de l'assistance familiale (revue de psychiatrie, 1902).

TOULOUSE. — Traitement en dehors des asiles (revue de psychiatrie, 1905).

TOULOUSE. — Assistance familiale en Ecosse (revue de psychiatrie 1906).

TOULOUSE. — Assistance des aliénés en famille et à l'asile (revue de psychiatrie, 1907).

TRAMER. — Analyse de rôle psychothérapique du placement familial (revue d'hygiène mentale 1933 et annales médico-psychologiques, janvier 1934).

URQUHART. — Le régime des aliénés en Ecosse (Annales médico-psychologiques, septembre-octobre 1910).

VAN DONINCK. — Verplegingsord van Geesteziecken te GEEL. GEZINSVERPLEGING van Geesteszlescken te GEEL (Société de médecine mentale belge, juillet 1932).

VERMELEYEN. — L'assistance familiale des anormaux mentaux - Service social - Bruxelles 1922.

VERMELEYEN. — Organisation d'une section pour enfants anormaux à GEEL (Congrès des aliénistes, Bruxelles 1924).

VIALLON. — Assistance à domicile et Colonie familiale (Echo médical de Lyon. 1901).

VIÉ. — Les classes d'anormaux dans les Colonies familiales (archives de neurologie, janvier 1939).

VIÉ. — Indications psychiatriques du placement familial des hommes (Congrès des aliénistes, juillet 1934 et annales médico-psychologiques 1935 T. 2).

VIÉ. —Les aspects sociaux de la colonisation hétérofamiliale des aliénés (Journal belge de neurologie et de psychiatrie, juillet 1935).

VIÉ. — Améliorations survenues chez quelques arriérés entre 16 et 25 ans (annales médico-psychologiques, novembre 1935).

VIÉ. — Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec les difficultés sociales (annales médico-psychologiques, avril 1936).

VIÉ. — A propos de l'augmentation du nombre des aliénés, le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie (Congrès d'hygiène mentale, Paris, 1937).

VIÉ. — Le traitement des malades mentaux par le travail (annales médico-psychologiques, 1936, T. 1).

VIÉ. — Le placement familial des aliénés et des psychopathes (annales médico-psychologiques, 1941, T. 2).

VIÉ. — Les problèmes sociaux et économiques du placement familial des aliénés et des psychopathes - Portée médicale et sociale (annales médico-psychologiques 1941 T. 1).

VIÉ. — Vers une psychiatrie sociale (annales médico-psychologiques, 1943 T. 1).

VIÉ & PASTUREL. — Etat actuel de la colonisation familiale en France (Congrès de neuro-psychiatrie 1935).

VIÉ & QUERON. — Travaux et occupations des pensionnaires à la Colonie d'Ainay (L'Aliéniste français, février 1935).

VIGOUROUX. — Notes sur la colonisation familiale (X^{e} congrès des aliénistes et neurologistes, Marseille 1899).

WIGERT. — L'assistance extra-hospitalière en Suède (annales médico-psychologiques 1942 - T. 1).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 11

HISTORIQUE DU PLACEMENT FAMILIAL 13

LE PLACEMENT FAMILIAL EN FRANCE.

ORGANISATION DE LA COLONIE D'AINAY-LE-CHATEAU 17

REGIME LEGAL, ADMINISTRATIF ; RESPONSABILITES 20

ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE 26

REMARQUES 60

LE PLACEMENT FAMILIAL A L'ETRANGER.

BELGIQUE 63

ECOSSE 65

SUISSE 67

PAYS-BAS 71

SUEDE 73

ETATS-UNIS, ITALIE, DANEMARK, ALLEMAGNE 75

CONCLUSIONS 77

BIBLIOGRAPHIE 81

Grande
Imprimerie Nouvelle
Montluçon